

Gendermedizin, ist da etwas dran? – Genderspekte in der Gesundheitsversorgung

Gendermedizin, ist da etwas dran?

**Gendermedizin oder die Entdeckung
der unterschiedlichen weiblichen
und männlichen Physiologie**



Gendermedizin, ist da etwas dran?

Gendermedizin oder die Entdeckung der unterschiedlichen weiblichen und männlichen Physiologie

1980er Jahre

Die US-amerikanische Kardiologin Marianne Legato entdeckt Unterschiede bei Herzerkrankungen zwischen Männern und Frauen und macht mit ihrem Buch „Evas Rippe“ die Öffentlichkeit darauf aufmerksam.

1990er Jahre

Es kommt zur Weiterentwicklung der Gendermedizin als Teil der personalisierten Medizin.

2000er Jahre

2001

Die WHO gibt eine Empfehlung für die Entwicklung einer geschlechterspezifischen Gesundheitsversorgung heraus.

Geschlechtsunterschiede bei Diabetes werden vor allem durch die österreichische Medizinerin Alexandra Kautzky-Willer zunehmend bekannt.

Auch bei Depression werden Geschlechtsunterschiede zunehmend unter Federführung von Anne Maria Möller-Leimkühler erforscht.

Die Erforschung von Geschlechtsunterschieden bei Medikamenten rückt ins Blickfeld.

2013

Im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode wird verankert: „Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.“

ab 2. Hälfte der 2010er Jahre

Die Erforschung von Geschlechtsunterschieden bei Krebserkrankungen rückt in den Fokus.

2015

Gendermedizinische Entwicklung und Erkenntnisse werden ins Präventionsgesetz bzw. ins SGB V (Sozialgesetzbuch V) aufgenommen:
Nach § 2a wird folgender § 2b eingefügt
„Geschlechtsspezifische Besonderheiten: Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.“

2016

Es erfolgt die Aufnahme der Symptome eines Herzinfarkts bei Frauen in die Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK.

	Einleitung		
	Gendermedizin: Was es ist – und was es nicht ist	10	
	<i>Dr. Martina Kloepfer</i>		
1	Grußwort von Mario Czaja	15	
2	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	19	
	2.1 Herzinfarkt, das (immer noch) unterschätzte Risiko bei Frauen?	20	
	Forschung und Stationäre Versorgung – <i>Dr. Enise Lauterbach</i>		
	2.2 Herzinfarkt m/w – <i>Dr. Natascha Hess</i>	24	
	2.3 Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE):	30	
	Schlaganfall und Herzerkrankungen		
	<i>Prof. In Dr. In Alexandra Kautzky-Willer</i>		
3	Geschlechteraspekte in der Onkologie	37	
	3.1 Schneiden Männer schlechter ab?	38	
	Geschlechteraspekte in Krebsforschung und klinischer Onkologie		
	<i>PD Dr. Andrea Kindler-Röhrborn</i>		
	3.2 Lungenkrebs wird weiblicher	42	
	<i>Prof. Dr. Sabina Ulbricht</i>		
	Geschlechtersensible Medikation	47	4
	4.1 Medikamente und Geschlecht – Frauen sind keine 10 kg	48	
	leichteren Männer		
	<i>Prof. Dr. Petra A. Thürmann</i>		
	4.2 Geschlechtsspezifische Aspekte der onkologischen	52	
	Arzneimitteltherapie – <i>Dr. Dirk Keiner</i>		
	Migräne und Stigmatisierung m/w	57	5
	5.1 Migräne m/m – Geschlechtsabhängige Trigger	58	
	<i>Prof. Dr. Hartmut Göbel, Dr. Katja Heinze-Kuhn, Dr. Axel Heinze</i>		
	5.2 Geschlechteraspekte der sozioökonomischen Last der Migräne.....	62	
	<i>Prof. Dr. Dennis Ostwald, Dr. Sandra Hofmann, Jennifer Branner</i>		
	Depression	67	6
	6.1 Depression bei Männern, das unterschätzte Risiko.....	68	
	<i>Prof. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler</i>		
	Gender & Alter	73	7
	7.1 (Alzheimer-)Demenz, eine Frage des Geschlechts?	74	
	Vier Fragen an <i>Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen</i>		

8	Gesundheit digital m/w	79
	8.1 Apps m/w – vom Entwickler bis zur AnwenderIN?	80
	<i>Dr. Sylvie von Werder</i>	
9	Aus- und Weiterbildung – Gendermedizin	85
	9.1 Gendermedizin in Studium und Weiterbildung?	86
	<i>Dr. Martina Kloepfer</i>	
	Wissenschaftliche Beratung <i>Dr. Ute Seeland</i>	
	9.2 Sind Karrierewege für Frauen in der Medizin steiniger?	92
	Vier Fragen an <i>Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeleiderer</i>	
10	Größter Handlungsbedarf?	97
	Ist Gendermedizin im Versorgungsalltag aus politischer Sicht	98
	angekommen? Ein „Gespräch“ mit:	
	<i>Karin Maag (CDU), Hilde Mattheis (SPD),</i>	
	<i>Christine Aschenberg-Dugnus (FDP) und Cornelia Möhring (DIE LINKE)</i>	
	Schlusswort: Größter Handlungsbedarf	104
	Genderaspekte in der Gesundheitsversorgung	
	<i>Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis 90/Die Grünen)</i>	

Impressum

Für die in dieser Broschüre enthaltenen Angaben wird keine Gewähr hinsichtlich der Freiheit von gewerblichen Schutzrechten (Patente, Gebrauchsmuster, Warenzeichen) übernommen. Auch in diesem Werk wiedergegebene Gebrauchsnamen, Handelsnamen und Warenbezeichnungen dürfen nicht als frei zur allgemeinen Benutzung im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung betrachtet werden. Die Verletzung dieser Rechte im Rahmen der geltenden Gesetze ist strafbar und verpflichtet zu Schadenersatz.

© Dezember 2020 Novartis Deutschland GmbH, Roonstraße 25, 90429 Nürnberg und Institut für Gender-Gesundheit e.V., Wartburgstraße 11, 10823 Berlin. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Herausgebers ist es auch nicht gestattet, dieses Buch oder Teile daraus in irgendeiner Form zu vervielfältigen.

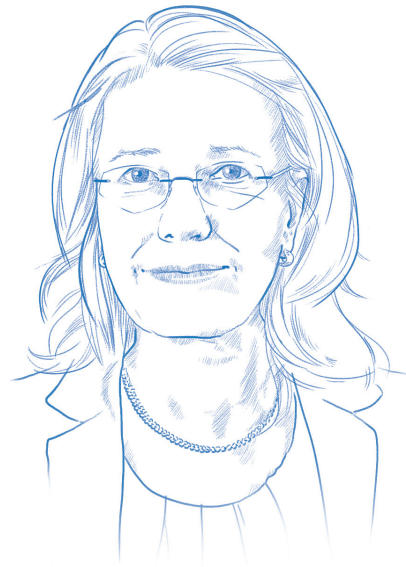
Herausgeber: Novartis Deutschland GmbH, Roonstraße 25, 90429 Nürnberg und Institut für Gender-Gesundheit e.V., Dr. Martina Kloepfer, Wartburgstraße 11, 10823 Berlin

Herstellung: Schiele & Schön GmbH, Berlin

Layout und Satz: Anke Seeliger, Wandlitz

Druck: Druckhaus Gera GmbH, Gera

Einleitung / Gendermedizin: Was es ist – und was es nicht ist.



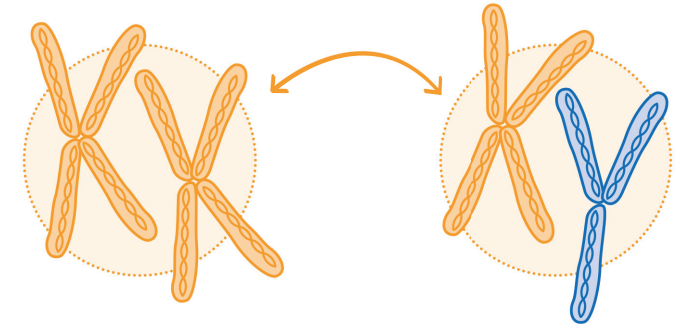
Dr. Martina Kloepfer
Institut für Gender-Gesundheit e.V.

Gendermedizin meint beide Geschlechter
und lässt sich auch mit den Bezeichnungen
Geschlechterspezifische oder
Geschlechtersensible Medizin übersetzen.

„Gendermedizin, ist da etwas dran?“

Diese Frage taucht so oder so ähnlich gewöhnlich während eines Gesprächs über Gendermedizin auf und lässt etwas von den Zweifeln, nicht selten dem Widerstand anklingen, die dieser medizinischen Disziplin entgegengebracht werden.

Während Frauen mit zwei X-Chromosomen ausgestattet sind, verfügen Männer über ein X- und ein Y-Chromosom. Das hat Folgen – u.a. für die Hormonausstattung.



Oftmals wird Gendermedizin mit Frauenmedizin übersetzt, die sich allein auf die gesundheitlichen Belange von Frauen zu konzentrieren scheint und – so der Verdacht – die der Männer nicht berücksichtigt. Das ist es nicht!

Das aus dem Englischen entlehnte „Gender“ beschreibt das Anliegen dieser Forschungsrichtung etwas verkürzt; denn es geht nicht nur um das soziokulturelle Geschlecht, also die Prägung, die durch Erziehung und gesellschaftliche Normen erfolgt, sondern gleichermaßen um die harten Fakten biologischer Unterschiede – im Englischen mit „Sex“ bezeichnet.

Während Frauen mit zwei X-Chromosomen ausgestattet sind, verfügen Männer über ein X- und ein Y-Chromosom. Das hat Folgen: zunächst für die Hormonausstattung, die nicht nur für die Ausprägung primärer und sekundärer Geschlechtsmerkmale verantwortlich ist, sondern auch für eine Reihe von Stoffwechselprozessen, was z.B. bei der Behandlung der „Volkskrankheit“ Diabetes Typ2 eine erhebliche Rolle spielt.

Frauen sind meist nicht nur etwas kleiner und leichter als Männer, sondern auch die Organe unterscheiden sich zum Teil bis in die Zellstruktur und Enzymzusammensetzung. Der weiblichen Leber fällt es z.B. schwerer, manches Medikament zu verstoffwechseln und auszuscheiden, was leicht zu einer Überdosierung führen kann. Männliche Zellen verfügen dagegen über ungünstigere Andockstationen für Schmerzmittel, weshalb Männer während einer Krebsbehandlung oft mehr davon benötigen.

Die Indikation, mit der „Gendermedizin“ ihren Anfang genommen hat, ist auch heute noch Thema. Der amerikanischen Kardiologin Marianne Legato war bereits in den 1980er Jahren aufgefallen, dass nicht nur Männer einen Herzinfarkt erleiden können, sondern auch Frauen, und dass sich bei ihnen das Infarktgeschehen mit anderen als den sog. klassischen (männlichen) Symptomen äußern kann. Ein „weiblicher“ Herzinfarkt wurde und wird in manchen Fällen immer noch nicht oder zu spät erkannt, was aus dem ungünstigen Zusammenspiel zwischen „Sex“ und „Gender“ resultiert. Neben den biologisch bedingten unterschiedlichen Symptomen kann auch der allgemeine gesellschaftliche Konsens, dass nur überarbeitete Manager in ihren Fünfzigern einen Infarkt erleiden, zu einer Fehl- oder Unterdiagnostizierung bei Frauen führen. Wie weit der Weg von der ersten Erkenntnis bis in den Versorgungsalltag ist, zeigt, dass erst 2016 die weibliche Symptomatik in die Deutschen Nationalen Leitlinien aufgenommen wurde. Bei der Suche nach Bildern unter dem Begriff „Herzinfarkt“ werden bei Google überwiegend Männer oder der männliche Torso gezeigt; ein Indiz, dass sich erst allmählich auch in der breiten Öffentlichkeit das Verständnis durchsetzt, dass beide Geschlechter betroffen sein können.

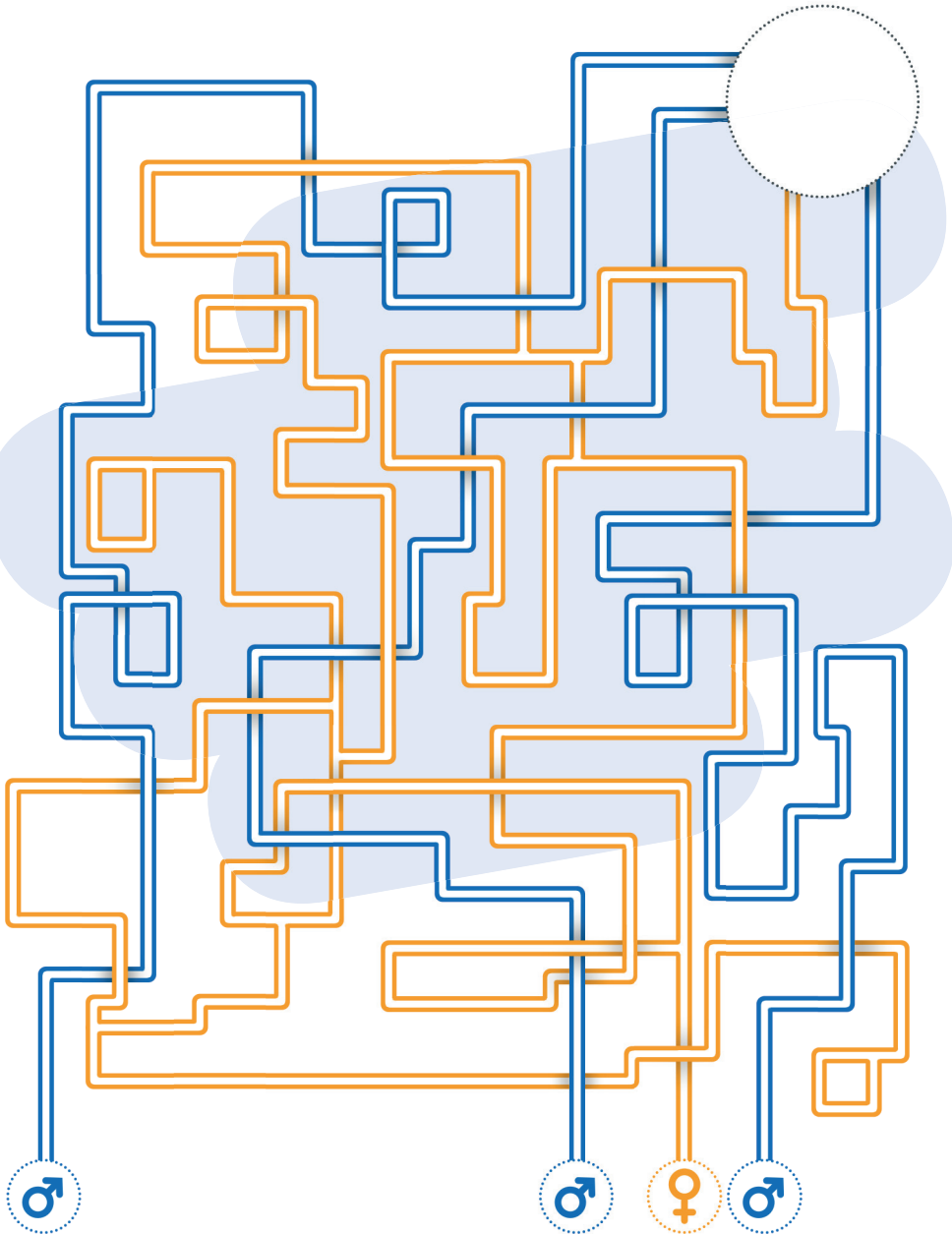
Der männliche Körper war bis vor kurzer Zeit Standard und ist es in manchen Lehrbüchern immer noch, so dass auf dem Gebiet der Gendermedizin in den letzten Jahrzehnten der weibliche Organismus sozusagen neu entdeckt wurde. Viele bereits gut erforschte Indikationen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes Typ2 sowie gängige Arzneimittel wie z.B. Betablocker werden mit Rücksicht auf Geschlechterunterschiede erneut untersucht, weshalb das Pendel in der Gendermedizin zunächst eher in Richtung des weiblichen Organismus ausgeschlagen hat.

Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten zahlt aber durchaus auf das Gesundheitskonto von Männern ein; denn auch hier führen unterschiedliche Symptome und gesellschaftliche Normen bei bestimmten Indikationen zu einer Unterdiagnostizierung. Während beim Herzinfarkt „männliche“ Symptome die Benchmark bilden, sind es im Bereich der psychischen oder depressiven Erkrankungen die „weiblichen“, die den Blick auf eine männliche Depression verstellen können, mit durchaus fatalen Folgen, da die Suizidrate bei Männern deutlich höher ist.

Auch bei Krebserkrankungen haben Männer die schlechteren Chancen. Inwiefern sich das Krankheitsgeschehen auf die Ausstattung mit einem oder zwei X-Chromosomen zurückführen lässt bzw. auf individuelle Verhaltensweisen, ist gegenwärtig Gegenstand der Gendermedizin auf dem Gebiet der Onkologie.

An Gendermedizin ist etwas dran.
Diese Broschüre möchte die im Titel
gestellte Frage mit einem „Ja“ beantworten
und jedem/jeder Interessierten
einen ersten Einblick geben.

Wir wünschen viel Spaß und Erkenntnis beim Lesen.



1/
Grußwort

Grußwort von Mario Czaja

Mario Czaja

Senator für Gesundheit und Soziales in Berlin a. D,
Mitglied des Abgeordnetenhauses Berlin



Von einer geschlechtersensiblen Herangehensweise bei medizinischen Interventionen ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu erwarten.

Das betrifft diagnostische Verfahren, Therapien, Medikation, Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Seit den Anfängen der Gendermedizin Mitte der 1980er Jahre ist zumindest der medizinischen Fachwelt bekannt, dass sich Krankheiten bei Männern und Frauen unterschiedlich manifestieren können.

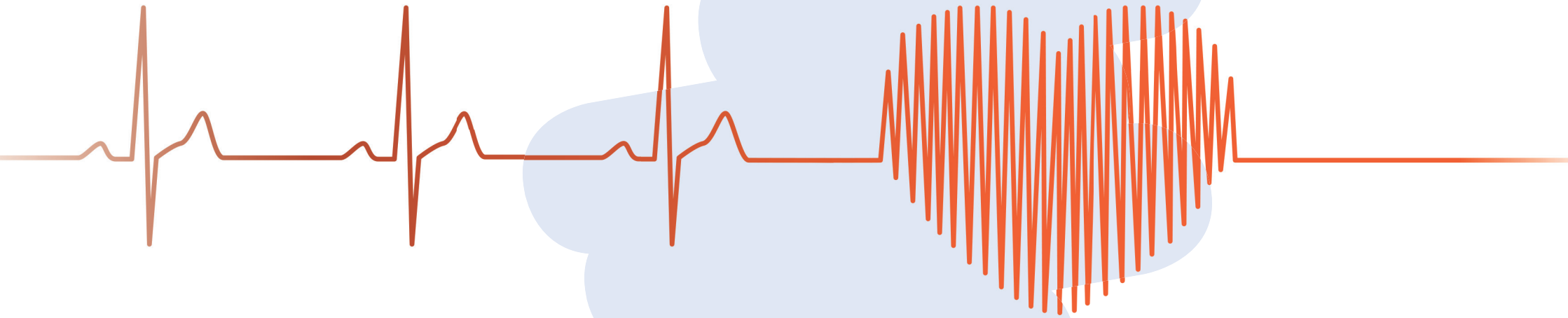
Allerdings ist immer noch bei einigen Akteuren im Gesundheitswesen Überzeugungsarbeit zu leisten. Ein Online-Fragebogen, der Ende 2013 an 48 Versorgungsmanager der größten Kassen ging, hat gezeigt, dass das Wissen auch 30 Jahre nach den ersten Erkenntnissen auf dem Gebiet der Gendermedizin noch nicht im Versorgungsalltag angekommen ist. 57 Prozent Rücklauf belegt das Interesse der Befragten, von denen drei Viertel das Thema „Gendermedizin“ noch nicht ausreichend in der Regelversorgung berücksichtigt sahen. 85 Prozent der befragten Krankenkassenvorstände erwarteten mit der Integration von Gendermedizin eine hochwertigere Patientenversorgung und 80 Prozent auch eine kosteneffizientere; allerdings gaben 63 Prozent der Befragten an, dass genderspezifische Aspekte selbst im kardiovaskulären Bereich nicht berücksichtigt werden, obwohl zu diesem Gebiet evidenzbasierte Studien vorliegen. Die Mehrheit der Interviewten (52 Prozent) vermutete, man werde wohl Gendermedizin selbst in fünf Jahren – also 2018 – immer noch als ein Randthema einstufen.

Was muss geschehen, damit das Thema in der Medizin berücksichtigt wird? Zum einem benötigen die Krankenkassen aus ihrer Sicht mehr „belastbare Fakten“. Zum anderen gilt es, medizinische Genderaspekte auch weiterhin in Leitlinien zu den unterschiedlichen Indikationen zu integrieren.

Eine besondere Schlüsselrolle kommt hierbei der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten zu, damit das gendermedizinische Wissen im Versorgungsalltag ankommt. Eine einheitliche Regelung gibt es aber noch nicht, so dass eine unterschiedliche Handhabung von Universität zu Universität zu beobachten ist. Ähnlich sieht es im Bereich Weiterbildung aus. Oft sind Erfolge im Bereich der gendermedizinischen Aus- und Weiterbildung auf das Engagement Einzelner zurückzuführen. Die Charité hat 2010 mit ihrem Modellstudiengang als erste deutsche Universität „Gendermedizin“ im regulären Curriculum für Medizinstudenten angeboten.

Aber auch die Politik ist gefordert, um im Bereich der Gendermedizin den Weg in die Versorgung zu ermöglichen.

Im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode heißt es: „Wir wollen die jeweiligen Besonderheiten berücksichtigen, die sich aus der Frauen- und Männergesundheitsforschung insbesondere für die gesundheitliche Versorgung und die Erarbeitung von medizinischen Behandlungsleitlinien ergeben.“ Die Europäische Union macht seit 2014 die Erteilung von Fördergeldern davon abhängig, dass bei Forschungsvorhaben auf geschlechtsspezifische Unterschiede geachtet wird. Und unter § 2b Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch steht: Bei den Leistungen der Krankenkassen ist geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Um Gendermedizin als einen wichtigen Bestandteil in der Medizin zu etablieren, sind auch strukturelle Veränderungen notwendig: in Richtung Chancengleichheit bei Vereinbarkeitsmodellen ebenso wie bei der Besetzung von Führungspositionen.



2 / Herz-Kreislauf- Erkrankungen

2.1 / Herzinfarkt, das (immer noch) unterschätzte Risiko bei Frauen?

– Forschung und Stationäre Versorgung

Dr. Enise Lauterbach

Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie |
LEMOA medical GmbH & Co. KG



Die Symptome eines Herzinfarkts können bei Männern und Frauen sehr unterschiedlich sein. Männer erliegen eher einem akuten Herzinfarkt, Frauen dagegen Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche.

Lange Zeit war man der Auffassung, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen überwiegend Männer betreffen, und die teils gravierenden Unterschiede zwischen den Geschlechtern fanden wissenschaftlich kaum Beachtung.

¹ Taulant Muka et al. 2016 JAMA Cardiol 1(7):767-776.

Trotz sinkender Sterblichkeit sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems immer noch Todesursache Nummer 1 in Deutschland.¹

Männer mit 48,1 % und Frauen mit 51,9 %

weisen eine in etwa gleich hohe Sterblichkeit auf.

Einem akuten Herzinfarkt erliegen tatsächlich wesentlich mehr Männer.

Es gibt allerdings neben dem Herzinfarkt Herzerkrankungen, die ebenfalls lebensbedrohlich sein können:¹

2016 starben an Herzrhythmusstörungen:

15.955 Frauen und 10.648 Männer.

2016 starben an Herzschwäche:

25.318 Frauen und 15.016 Männer.

Am Beispiel des akuten Herzinfarktes mit Verschluss eines Herzkranzgefäßes lässt sich der biologische Unterschied zwischen Männern und Frauen gut veranschaulichen und damit ein gendermedizinischer Ansatz bei der Diagnose verdeutlichen:

Muskelgewebe stirbt ab und die Herzleistung sinkt, wenn die Durchblutung nicht innerhalb kürzester Zeit wiederhergestellt wird.

Bei Männern macht sich ein solcher Herzinfarkt durch ein Druckgefühl auf der Brust und Brustschmerzen bemerkbar – mit Ausstrahlung in den linken Arm, also den „klassischen“ Symptomen.

Frauen verspüren zwar auch dieses Druckgefühl, thematisieren jedoch eher die begleitenden Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, allgemeines Unwohlsein, verringerte Belastbarkeit und Schwindelgefühl. Diese Beschreibung führt dazu, dass Frauen häufiger an einem Herzinfarkt versterben, da diese Symptome nicht als typisch gelten und ein immer noch als Männerkrankheit geltender Herzinfarkt bei Frauen in Folge nicht rechtzeitig erkannt wird.

Während die Sterblichkeitsrate bei Männern aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kontinuierlich abnimmt, sinkt die Rate bei Frauen nicht in gleicher Weise, sondern nimmt zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr sogar noch zu.

Als eine Ursache wird der gestiegene Nikotinkonsum bei Frauen gesehen, der bei gleichzeitiger Einnahme der Pille zur Empfängnisverhütung das Herzinfarktrisiko um das Vielfache erhöht.

Faktoren wie Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Bewegungsmangel und Übergewicht erhöhen das Herzinfarktrisiko zwar weitgehend geschlechtsunabhängig, aber auch hier gibt es signifikante Unterschiede. Bei Diabetikerinnen ist das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, um das Sechsfache erhöht, bei Diabetikern um das Vierfache. Auch dauerhafter, unbewältigter Stress oder Depressionen bedingen ein höheres Gefährdungspotenzial für Frauen, insbesondere bei der Doppelbelastung durch Familie und Beruf.

Hinsichtlich des Lebensalters, in dem ein Infarktgeschehen auftreten kann, lassen sich gleichermaßen deutliche Geschlechtsunterschiede beobachten. Während Frauen bis zu den Wechseljahren höchstwahrscheinlich durch das Geschlechtshormon Östrogen geschützt sind, entwickeln Männer im Vergleich zu Frauen ca. 10 Jahre früher eine Arteriosklerose, als deren Folge Herzinfarkte und Herzschwäche auftreten. Ein früher Beginn der Wechseljahre – verbunden mit einem Östrogenmangel – erhöht bei Frauen das Risiko, einen tödlichen Herzinfarkt zu erleiden.

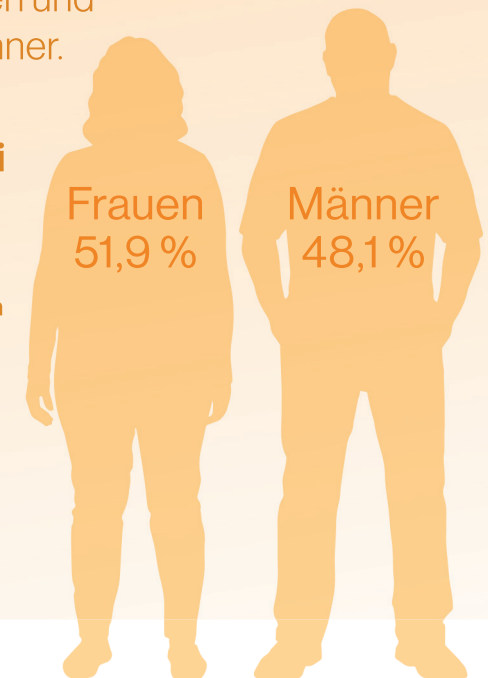
Bei Frauen bleibt aufgrund der Schilderung sog. „atypischer“ Symptome der Herzinfarkt häufig unerkannt.

Diabetikerinnen haben ein sechsfach höheres, Diabetiker ein vierfach höheres Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden.

Es sterben deutlich mehr Frauen an Herzrhythmusstörungen und Herzschwäche als Männer.

Sterblichkeitsrate bei akutem Herzinfarkt:

Die Sterblichkeitsrate nimmt bei Frauen zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr zu



2.2 / Herzinfarkt m/w

Dr. Natascha Hess

MVZ Rankestraße GmbH, Berlin



Das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht sich bei Frauen gegenüber Männern deutlich bei Diabetes mellitus, Übergewicht und Bewegungsmangel.

In Industrieländern ist die Lebenserwartung von Männern im Vergleich zu Frauen durchschnittlich sieben Jahre geringer. Ein Mann ist beim Eintreten eines Herzinfarktes meist 8 bis 10 Jahre jünger als eine Frau. Allerdings versterben 38 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer nach dem ersten Herzinfarkt innerhalb eines Jahres.

„Klassische“ Symptome des Herzinfarkts treten bei Männern und Frauen auf. Dazu zählen linksthorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm. Bei Frauen können jedoch auch sogenannte „untypische“ Schmerzen auftreten und in der rechten Schulter, im Rücken, Oberbauch oder im Unterkiefer lokalisiert sein. Häufig fehlen Schmerzen sogar völlig, und es treten lediglich Übelkeit und Erbrechen, Luftnot unter Belastung und in Ruhe oder körperliche Erschöpfung auf.

Diese als „untypisch“ geschilderten Beschwerden sind schwer einzuordnen, und ÄrztInnen wie PatientInnen können die Symptomatik einer Angina Pectoris oder eines Infarktes daher leicht unterschätzen und falsch deuten.

Die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind für beide Geschlechter gleich; dennoch gibt es Unterschiede:

- **Arterielle Hypertonie:** Bluthochdruck betrifft Frauen in der Prämenopause seltener als Männer; nach der Menopause steigt allerdings auch bei Frauen die Inzidenz deutlich stärker an.
- **Hyperlipidämie:** Frauen weisen bis zum 60. Lebensjahr niedrigere Werte beim Gesamt-Cholesterin auf als Männer. Die HDL-Cholesterinwerte sind bei Frauen höher als bei Männern, fallen nach der Menopause aber ab.
- **Diabetes mellitus:** Er ist der wichtigste kardiovaskuläre Risikofaktor und erhöht das Risiko für das Auftreten einer koronaren Herzerkrankung bei Männern um das Zweifache, bei Frauen sogar um das Vierfache.
- **Nikotinkonsum:** Es rauchen derzeit 28 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen. Ein Rückgang der Raucherzahlen ist erkennbar, bei Frauen allerdings langsamer. Junge Raucherinnen sind, insbesondere, wenn sie orale Kontrazeptiva einnehmen, eine besondere Hochrisikogruppe.
- **Mangelnde körperliche Aktivität:** Vor allem in Kombination mit Übergewicht stellt sie auch bei Frauen einen unabhängigen Risikofaktor dar. Das metabolische Syndrom hat bei Frauen eine höhere Prävalenz als bei Männern.
- **Psychosoziale Faktoren:** Typische psychosoziale Stressoren bei Männern und Frauen sind niedriger sozialer Status und niedrige Schulbildung.



Nur 18 % der Herztransplantierten sind Frauen.

Die Hauptrisikofaktoren bei Männern sind Nikotinkonsum und Hyperlipidämie, bei Frauen Nikotinkonsum und Diabetes.

Der Anteil der männlichen Patienten bei Herzkatheter-Untersuchungen beträgt 67 Prozent, der Anteil an Bypass-Operationen liegt bei 79 Prozent. Unter den wenigen operierten Frauen gibt es jedoch eine deutlich höhere Akut-Sterblichkeit.

Die Transplantationszahlen zeigen ebenfalls gendermedizinische Unterschiede. Die größere Zahl sowohl der Organspender als auch der Organempfänger ist männlich. Nur 18 Prozent der Herztransplantierten sind Frauen.

In der Arzneimitteltherapie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ergeben sich aus dem niedrigeren Körpergewicht von Frauen, dem höheren Fettanteil sowie der unterschiedlichen Enzymaktivität gravierende Unterschiede.¹

¹ Die Aktivität des alkoholabbauenden Enzyms „Dehydrogenase“ ist bei Frauen um 30 Prozent geringer als bei Männern – die Aktivität der Enzyme zur Verstoffwechslung von Arzneimitteln ist im Gegensatz dazu in der Hälfte der Fälle um 20–50 Prozent höher.

² Eine mögliche Erklärung könnte in dem um 12–14 Prozent reduzierten Abbau des Wirkstoffs Digoxin bei Frauen liegen. Digoxin ist wie z.B. auch Digitoxin ein Herzglykosid pflanzlichen Ursprungs und ist in Fingerhut-Arten enthalten. Es wird zur Behandlung von Herzschwäche (Herzinsuffizienz) und bestimmten Formen von Herzrhythmusstörungen eingesetzt.

Bereits seit 2002 ist durch eine rückblickende Analyse bei Patienten mit Herzinsuffizienz eine vermehrte Sterblichkeit von Frauen unter Einnahme von Digitoxin aufgefallen.²

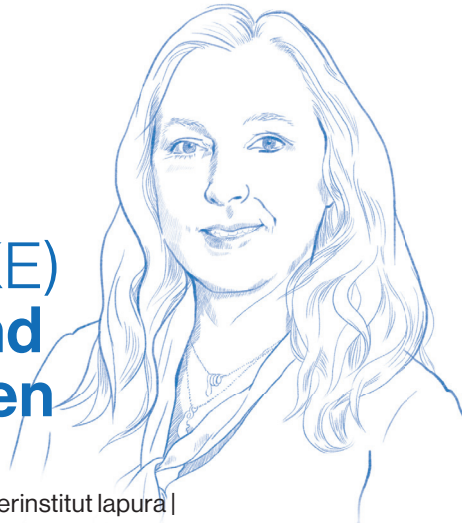
Eine Aortenklappenstenose verläuft bei Männern schlechter als bei Frauen. Während eine Einengung der Herzklappe immer eine Herzmuskelverdickung, eine Beeinträchtigung der Herzleistung und ggf. auch eine Herzschwäche hervorruft, verlaufen die Veränderungen der Herzmuskulatur bei Männern ungünstiger als bei Frauen. Das Deutsche Zentrum für Herz- und Kreislauf-Forschung (DZHK) konnte nachweisen, dass in den Herzmuskelzellen männlicher Patienten mit Aortenklappenstenose andere Gene aktiv sind als bei den weiblichen Patienten.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen für Frauen und Männer die häufigste Todesursache dar. Symptomatik, Risikofaktoren, Diagnostik und Therapie sind jedoch geschlechtsspezifisch und bedürfen unbedingt einer weiteren Untersuchung in der experimentellen und klinischen Forschung. Nur dann ist eine Verbesserung in der täglichen Praxis für Frau und Mann zu erwarten.



- Die Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern sind Nikotinkonsum und Hyperlipidämie, bei Frauen Nikotinkonsum und Diabetes.
- 25 % der Männer und 38 % der Frauen versterben nach dem 1. Herzinfarkt innerhalb eines Jahres. Bei Frauen liegt die Akut-Sterblichkeit deutlich höher.
- 67 % der Herzkatheter-Untersuchungen in Deutschland werden bei Männern durchgeführt, 79 % der Bypass-Operationen erfolgen bei Männern.
- Die größere Zahl sowohl der Organspender als auch der Organempfänger ist männlich. Nur 18 % der Herztransplantierten sind Frauen.
- Die Sterblichkeit von Frauen unter Digitalis-Therapie ist höher, da der Wirkstoff im weiblichen Organismus langsamer abgebaut wird.
- Eine Aortenklappenstenose verläuft bei Männern schlechter als bei Frauen, da in den Herzmuskelzellen männlicher Patienten mit Aortenklappenstenose andere Gene aktiv sind als bei den weiblichen Patienten.

2.3 / Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) – Schlaganfall und Herzerkrankungen



Prof.in Dr.in Alexandra Kautzky-Willer

Medizinische Universitätsklinik Wien & Genderinstitut Iapura |
Leiterin Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel & Gender Medicine Unit,
Klinik für Innere Medizin III

Sexualhormone beeinflussen den Zucker- und Fettstoffwechsel. Bildung, Einkommen, psychosoziale Faktoren sowie Bewegungsmangel entfalten bei Frauen einen stärkeren negativen Effekt.

Diabetes konfrontiert die Behandelnden mit verschiedenen altersabhängigen Bedürfnissen von Frauen und Männern im klinischen Alltag und stellt eine große Herausforderung für das Gesundheitssystem dar.⁽¹⁾

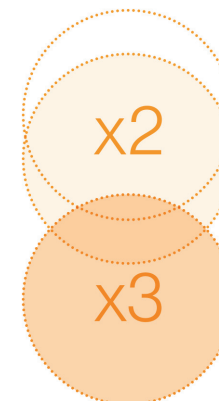
Geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich bei Screening, Diagnose und Therapie sowie der Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und dadurch auch in der Lebenserwartung. Sexualhormone beeinflussen den Zucker- und Fettstoffwechsel, die Regulation des Energiehaushalts und die Körperfettverteilung, Genderstereotypen zusätzlich den Lebensstil und somit weitere Risikofak-

toren für Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dazu zählen Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Stress, Rauchen und Schlaf. Bildung, Einkommen, psychosoziale Faktoren bis hin zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen, die bei Frauen einen stärkeren negativen Effekt auf die Prognose haben – ebenso Bewegungsmangel und ungünstige Blutfettmuster.⁽²⁾

Sowohl Typ1 (Autoimmun-) als auch Typ2 Diabetes und Schwangerschaftsdiabetes sind mit einem deutlich erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz und Durchblutungsstörungen der Beine verbunden.

Frauen tragen für diese Erkrankungen ein höheres relatives Risiko, was multifaktoriell bedingt ist (Tabelle). Frauen haben nach Schwangerschaftsdiabetes – selbst wenn sie später keinen Diabetes Typ2 entwickeln – ein 40 Prozent höheres Risiko für Herzinfarkte, bei manifestem Diabetes ist das Risiko fünfmal höher als bei Frauen mit normalem Zuckerstoffwechsel in der Schwangerschaft.⁽³⁾

Frauen verlieren durch Diabetes mehr Lebensjahre als Männer, wobei vor allem Gefäßkomplikationen zu ihrem relativ höheren Sterberisiko führen. In einer großen Metaanalyse war der gepoolte Effekt von Diabetes auf die Sterblichkeit durch Herzinfarkte bei Frauen um fast 100 Prozent größer als bei Männern.⁽⁴⁾



Das Sterberisiko bei Männern auch nach Korrektur bekannter Risikofaktoren wie Gewicht, Cholesterin, Blutdruck und Rauchen verdoppelt sich, bei Frauen verdreifacht es sich sogar im Vergleich zu Nicht-DiabetikerInnen.⁽⁵⁾ Bei unter 60-jährigen Frauen war das Risiko zudem besonders groß.

Bei Frauen sind schon die Diabetes-Vorstufe „Prädiabetes“ wie auch der manifeste Diabetes mit mehr Gefäß-Risikofaktoren assoziiert, darunter Entzündungsparameter, Veränderungen im Gerinnungssystem und Übergewicht/Adipositas. Frauen und Männer profitieren gleich gut von Präventionsprogrammen, die das Risiko eines Typ2 Diabetes um etwa 40 Prozent reduzieren. Langzeitdaten zeigen sogar eine stärkere Reduktion der Sterberate für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen durch positive Lebensstilmaßnahmen.⁽⁶⁾

Bei Männern mit metabolischem Syndrom sind Potenzstörungen ein häufiger und oft wichtiger Prädiktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Studien zeigen, dass Frauen in der Therapie weniger oft die Leitlinien-konformen Therapieziele für Blutzucker (HbA1c), LDL-Cholesterin oder Blutdruck erreichen, was das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusätzlich verstärkt.⁽⁷⁾

In der medikamentösen Behandlung müssen geschlechtsspezifische Unterschiede mehr Beachtung finden.

Bei Frauen sind Pioglitazone¹ postmenopausal mit mehr Knochenbrüchen, die bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wichtigen SGLT2-Hemmer häufiger mit Ketoazidosen², insbesondere aber Harnwegsinfekte und Genitalinfektionen (v. a. Pilzinfektionen) verbunden.

¹ Pioglitazon: Blutzucker-senkender Wirkstoff aus der Gruppe der Glitazone zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ2, der die Aufnahme von Blutzucker in die Gewebe fördert. (Anm. d. Herausg.)

² Ketoazidose: Senkung des pH-Wertes im Blut aufgrund der Häufung von organischen Säuren im Blut, hervorgerufen durch langanhaltenden Insulinmangel. Unbehandelt endet das Krankheitsbild des ketoazidotischen Komas tödlich. (Anm. d. Herausg.)

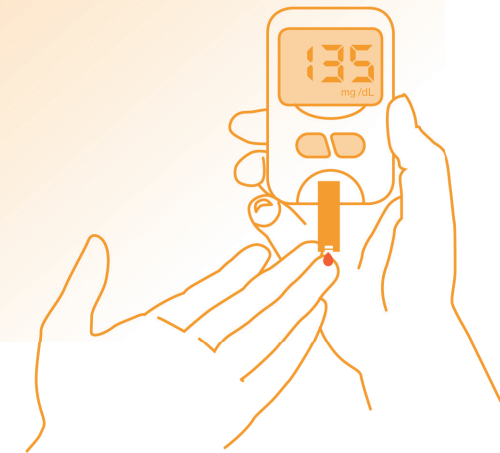
Determinanten geschlechtsspezifischer Unterschiede bei Diabetes-assoziierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Generelle Faktoren

- Biologisches und Erkrankungs-Alter
- Ethnische Zugehörigkeit
- Blutzuckerkontrolle
- Bluthochdruck
- Übergewicht/Adipositas
- Fettstoffwechselstörung
- Körperliche Aktivität
- Rauchen
- Arzneimitteltherapie: Medikamentenverordnung, Medikamentennebenwirkungen und Therapieadhärenz
- Entzündungen
- Genetische Faktoren
- Umweltfaktoren

Sex-spezifische Faktoren

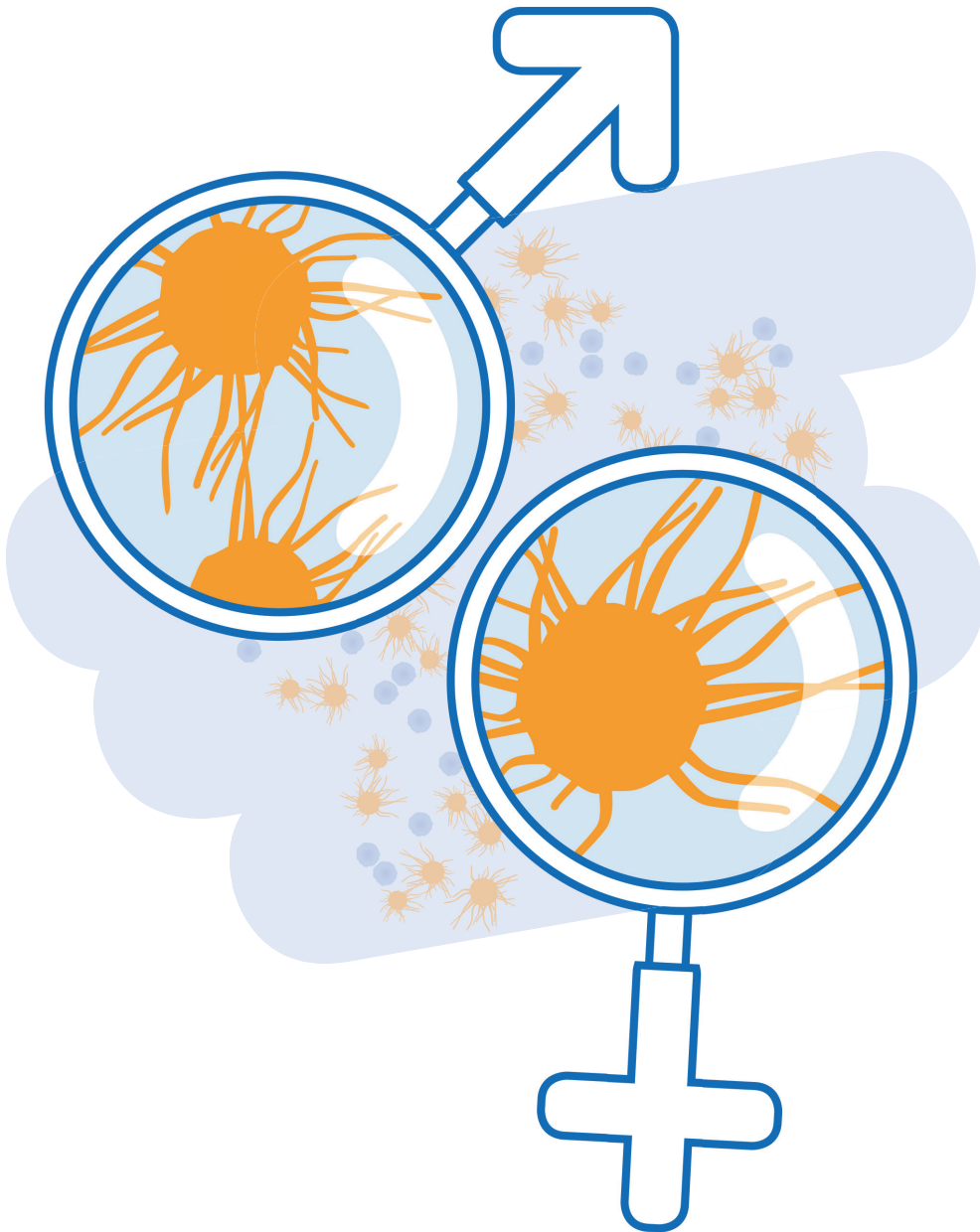
- Schwangerschaftskomplikationen: Schwangerschaftsdiabetes, Schwangerschaftsbluthochdruck, Schwangerschaftsvergiftung
- Zyklusanomalien
- Dysbalance der Sexualhormone
- Polyzystisches Ovarsyndrom
- Frühe Menopause
- Erektionsstörungen



- Sexualhormone beeinflussen den Zucker- und Fettstoffwechsel, die Regulation des Energiehaushalts und die Körperfettverteilung.
- Bildung, Einkommen, psychosoziale Faktoren und Bewegungsmangel haben einen stärkeren negativen Effekt auf die Prognose bei Frauen.
- Diabetes erhöht die Sterblichkeitsrate bei Frauen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen signifikant.
- Schwangerschaftsdiabetes erhöht auch im späteren Lebensalter das Herzinfarkttrisiko um 40 %.
- Frauen profitieren etwas stärker von geänderten Lebensstilmaßnahmen.
- Bei Männern mit metabolischem Syndrom sind Potenzstörungen ein häufiger und oft wichtiger Prädiktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- In der medikamentösen Behandlung müssen geschlechtsspezifische Unterschiede mehr Beachtung finden.

Literaturverzeichnis:

- (1) Kautzky-Willer A, Harreiter J, Pacini G. Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocr Rev*. 2016;37(3):278-316. doi: 10.1210/er.2015-1137.
- (2) Kautzky-Willer A, Harreiter J, Abrahamian H, Weitgasser R, Fasching P, Hoppichler F, et al. Geschlechtsspezifische Aspekte bei Prädiabetes und Diabetes mellitus – klinische Empfehlungen (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr*. 2019. doi: 10.1007/s00508-018-1421-1.
- (3) Tobias DK, Stuart JJ, Li S, Chavarro J, Rimm EB, Rich-Edwards J, et al. Association of History of Gestational Diabetes With Long-term Cardiovascular Disease Risk in a Large Prospective Cohort of US Women. *JAMA Intern Med*. 2017;177(12):1735-42. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.2790.
- (4) Xu G, You D, Wong L, Duan D, Kong F, Zhang X, et al. Risk of all-cause and CHD mortality in women versus men with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol*. 2019;180(4):243-55. doi: 10.1530/EJE-18-0792.
- (5) Prospective Studies Collaboration and Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Sex-specific relevance of diabetes to occlusive vascular and other mortality: a collaborative meta-analysis of individual data from 980 793 adults from 68 prospective studies. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6(7):538-46. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30079-2.
- (6) Gong Q, Zhang P, Wang J, Ma J, An Y, Chen Y, et al. Morbidity and mortality after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance: 30-year results of the Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019;7(6):452-61. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30093-2.
- (7) Kautzky-Willer A, Harreiter J. Sex and gender differences in therapy of type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017;131:230-41. doi: 10.1016/j.diabres.2017.07.012.



3 / Geschlechteraspekte in der Onkologie

3.1 / Schneiden Männer schlechter ab?

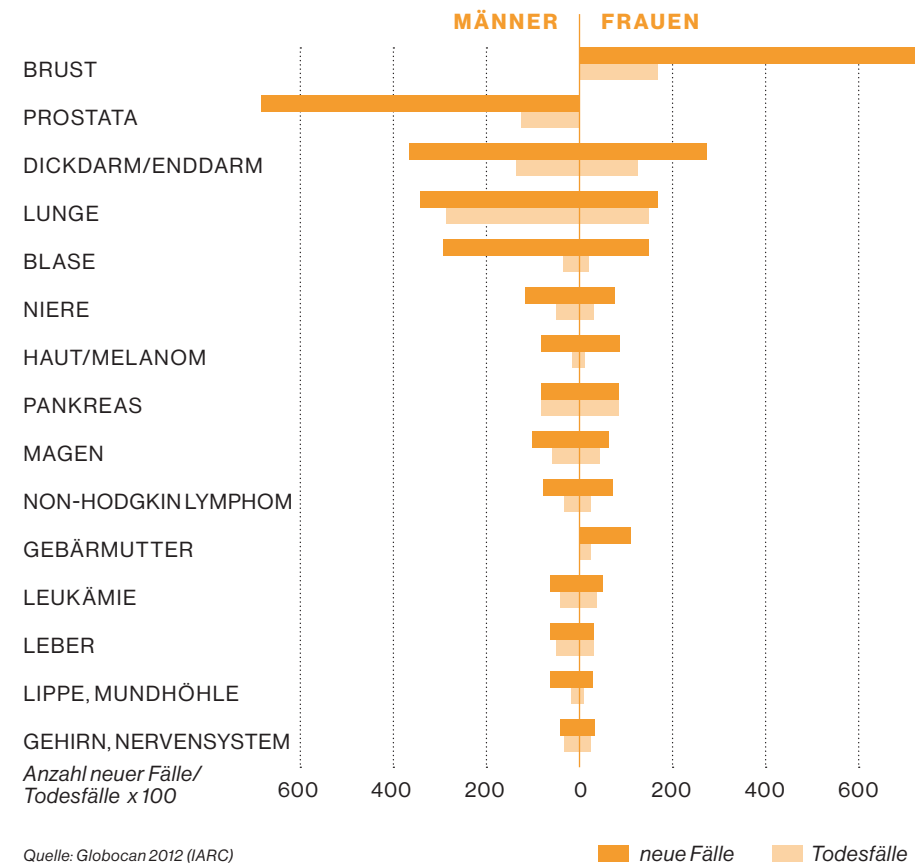
Geschlechteraspekte in Krebsforschung und klinischer Onkologie



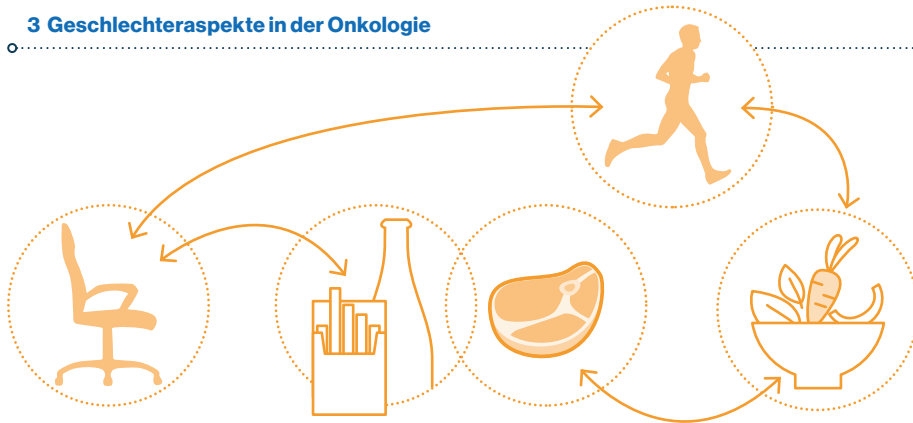
PD Dr. Andrea Kindler-Röhrborn
 Universitätsklinikum Essen
 Universität Duisburg-Essen, Institut für Pathologie

Im Durchschnitt erkranken und versterben mehr Männer an Krebs als Frauen. Die Geschlechtschromosomen XX bei der Frau und XY beim Mann haben Anteil am geschlechtsabhängigen Krebsrisiko.

Von den weltweit 18 Millionen Krebserkrankungen pro Jahr entfallen 9,5 Millionen auf Männer und 8,6 Millionen auf Frauen. Altersstandardisierte Raten betragen 182,6 Erkrankungsfälle bei Frauen pro 100.000 Einwohner und 218,6 Erkrankungsfälle bei Männern. Das heißt: Fast 20 Prozent mehr Männer erkranken an Krebs als Frauen. Ein Vergleich des Krebsrisikos kann sich jedoch nur auf Organe beziehen, die bei Männern und Frauen gleichermaßen vorhanden sind.



Abgesehen von malignen Tumoren der Geschlechtsorgane und der weiblichen Brustdrüse erkranken 1,6 bis 1,8 mal mehr Männer als Frauen an Krebs. Ebenso ist die Sterblichkeit bei Männern um das ca. Eineinhalbfache erhöht. Das Diagramm zeigt das geschlechtsabhängige Auftreten und die Sterblichkeit für die 15 am häufigsten vorkommenden Krebserkrankungen in Deutschland. Für den beobachteten eklatanten Unterschied sind sowohl genetische als auch soziokulturelle Faktoren verantwortlich.



Die Geschlechtschromosomen XX bei der Frau und XY beim Mann tragen zum geschlechtsabhängigen Krebsrisiko bei. Von den X chromosomal Tumorsuppressorgenen haben Frauen in vielen Fällen zwei aktive Kopien zur Verfügung. Fällt eines dieser Gene durch eine Mutation aus, reicht die zweite (normale) Kopie, um die Entstehung eines bösartigen Tumors zu verhindern; bei Männern hingegen fehlt diese Kopie, so dass neoplastisches Wachstum (bösartiges Wuchern des Tumors) einsetzen kann. Weitere genetische Mechanismen bestehen in potenziell Tumor-verursachenden Genen auf dem Y Chromosom sowie der hormonell gesteuerten unterschiedlichen Aktivität vieler Gene auf den übrigen Chromosomen bei Männern und Frauen.

Unterschiedliche Lebensstile von Männern und Frauen haben ebenfalls Anteil an einem divergenten Krebsrisiko. Bei Männern lässt sich das höhere Risiko auch durch Faktoren wie Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, die Ausübung bestimmter „männertypischer“ Berufe und das Präventionsverhalten erklären.

Bisher ist nicht geklärt, ob die gesündere Ernährung von Frauen im Vergleich zu Männern das Krebsrisiko günstiger beeinflusst.

Im Gegensatz zu Frauen entwickeln jedoch Männer häufiger Adipositas und erkranken vermehrt an den damit assoziierten Krebsformen wie z.B. Darmkrebs, Speiseröhrenkrebs und Nierenzellkrebs.

Die meisten Bronchialkarzinome sind auf aktives Zigarettenrauchen zurückzuführen.

Das zahlenmäßige Verhältnis von Erkrankungen bei Männern und Frauen variiert stark mit dem Erkrankungsalter.

70-74 Jahre – ca. 3:1
40-44 Jahre – ca. 1:1

Wegen der langen Latenzzeit rechnet man bei Frauen aufgrund der Zunahme ihres Zigarettenkonsums mit einem weiteren Häufigkeitsanstieg. Geschlechterunterschiede in der Effizienz und der Toxizität systemischer Behandlungen von Krebserkrankungen sind ein bisher noch unterschätztes Thema in der Ära der Präzisionsmedizin.

Es erkranken ca. 20 % mehr Männer als Frauen an Krebs.

Die Sterblichkeit von Männern ist um das Eineinhalbfache höher.

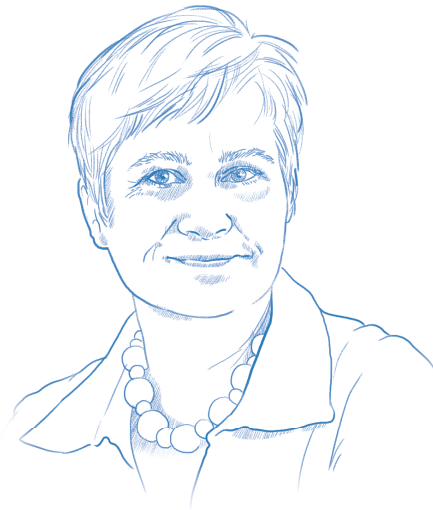
Die Hormone Östrogen und Testosteron und die Chromosomenpaare XX oder XY tragen zum geschlechtsabhängigen Krebsrisiko bei.

Unterschiedliche Lebensstile (Alkohol- und Tabakkonsum) und geschlechterabhängige berufliche Tätigkeiten beeinflussen das Krebsrisiko.

3.2 / Lungenkrebs wird weiblicher

Prof. Dr. Sabina Ulbricht MPH

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
Abteilung für Präventionsforschung und
Sozialmedizin



Lungenkrebs nimmt bei Frauen durch die hohe Raucherinnenrate zu. Sie sind zudem anfälliger für gesundheitsschädigende Wirkungen des aktiven Tabakrauchens, aber auch des Passivrauchens.

Lungenkrebs gehört zu den prognostisch ungünstigeren Tumoren. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt bei Frauen 21 Prozent, bei Männern 14 Prozent.

Tabakrauchen gilt als Hauptrisikofaktor für diese Erkrankung; denn bei Männern sind neun von zehn, bei Frauen mindestens sechs von zehn Fällen auf aktives Rauchen zurückzuführen. Auch die Belastung durch Passivrauch erhöht das Lungenkrebsrisiko, wobei Frauen von den Folgen des Passivrauchens stärker betroffen sind. Während die Erkrankungs- und Sterberaten für Lungenkrebs bei Männern ab Mitte der 1990er Jahre rückläufig waren, stiegen sie bei Frauen an.

Die prognostizierte Zunahme von Lungenkrebserkrankungen bei Frauen und die unvermindert hohe Raucherinnenrate erwachsener Frauen in Deutschland – je nach Datenquelle zwischen 20 Prozent und 25 Prozent – unterstreichen die Notwendigkeit für eine effizientere Prävention aus mindestens drei Gründen:

1. Frauen sind anfälliger für gesundheitsschädigende Wirkungen des Tabakrauchens.

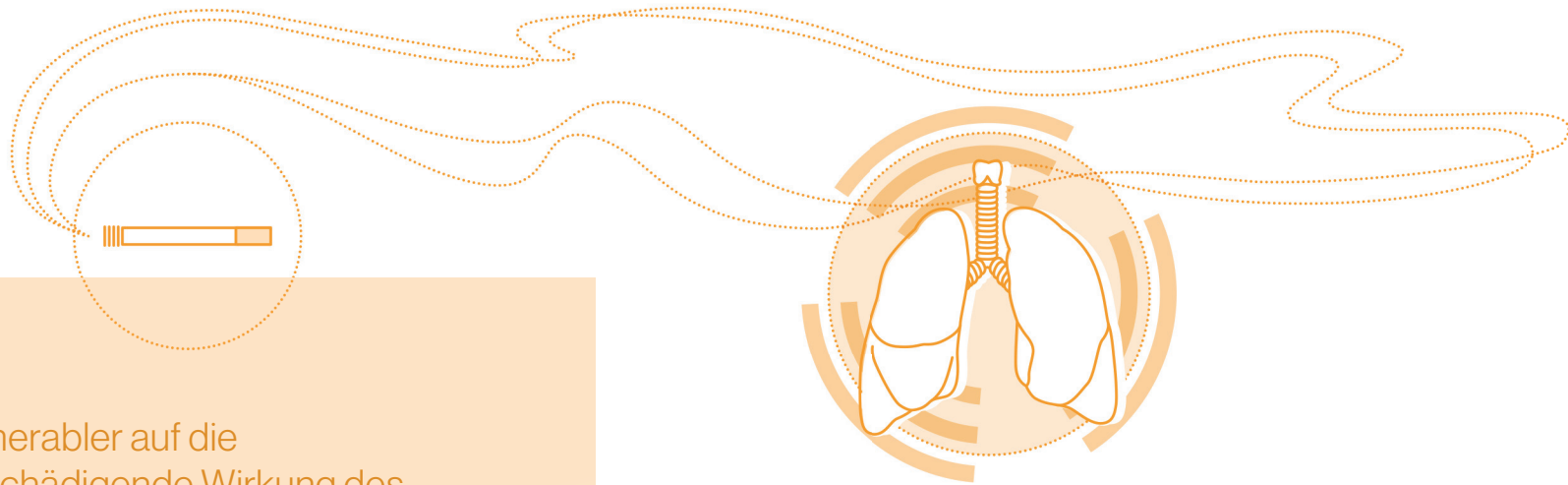
Dieser Aspekt bleibt bislang in Präventionsprogrammen weitgehend unberücksichtigt. Hormonelle Einflüsse und auch genetische Faktoren scheinen im Hinblick auf die erhöhte Vulnerabilität des weiblichen Körpers gegenüber Tabakrauch und den in der Folge erhöhten Risiken für eine Reihe von Erkrankungen bedeutsam.

2. Frauen nehmen zwar häufiger professionelle Hilfen der Tabakentwöhnung in Anspruch, sie profitieren jedoch im Hinblick auf einen erfolgreichen Rauchstopp weniger als Männer.

Auch sind die Rückfallraten von Frauen nach einem erfolgreichen Rauchstopp höher. Als mögliche Ursachen werden geschlechtsspezifische Stressoren und Nebeneffekte der Tabakentwöhnung wie zum Beispiel hormonelle Einflüsse, Vorbehalte gegenüber pharmakologischen Optionen und vor allem die Angst vor Gewichtszunahme diskutiert.

3. Tabakrauchen ist in Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Sozialstatus deutlich verbreiteter als in Gruppen mit einem höheren Sozialstatus.

Angehörige niedrigerer Sozialstatusgruppen werden dabei grundsätzlich seltener von Präventionsangeboten erreicht. Frauen sind zudem dadurch benachteiligt, dass sie sich häufiger in der Lebenssituation „alleinerziehend“ befinden als Männer, was wiederum mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, einer niedrigeren Sozialstatusgruppe anzugehören, assoziiert ist.



Frauen

- ... reagieren vulnerabler auf die gesundheitsschädigende Wirkung des Tabakrauchens.
- ... werden künftig einen höheren Anteil an Lungenkrebserkrankungen haben.
- ... haben eine 5-Jahres-Überlebensrate von 21 %; bei Männern liegt sie bei 14 %.
- ... profitieren seltener von professioneller Unterstützung zum Rauchstopp.
- ... mit niedrigerem Sozialstatus werden seltener von Präventionsangeboten erreicht.



4 / Geschlechtersensible Medikation

4.1 / Medikamente und Geschlecht

– Frauen sind keine 10 kg leichteren Männer

Prof. Dr. Petra A. Thürmann

Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie
Helios Universitätsklinikum Wuppertal



Die weibliche Leber verfügt über einige Enzyme in geringerem Ausmaß, was bei einigen Medikamenten zu Überdosierungen und Nebenwirkungen führt, da bestimmte Wirkstoffe langsamer ausgeschieden werden.

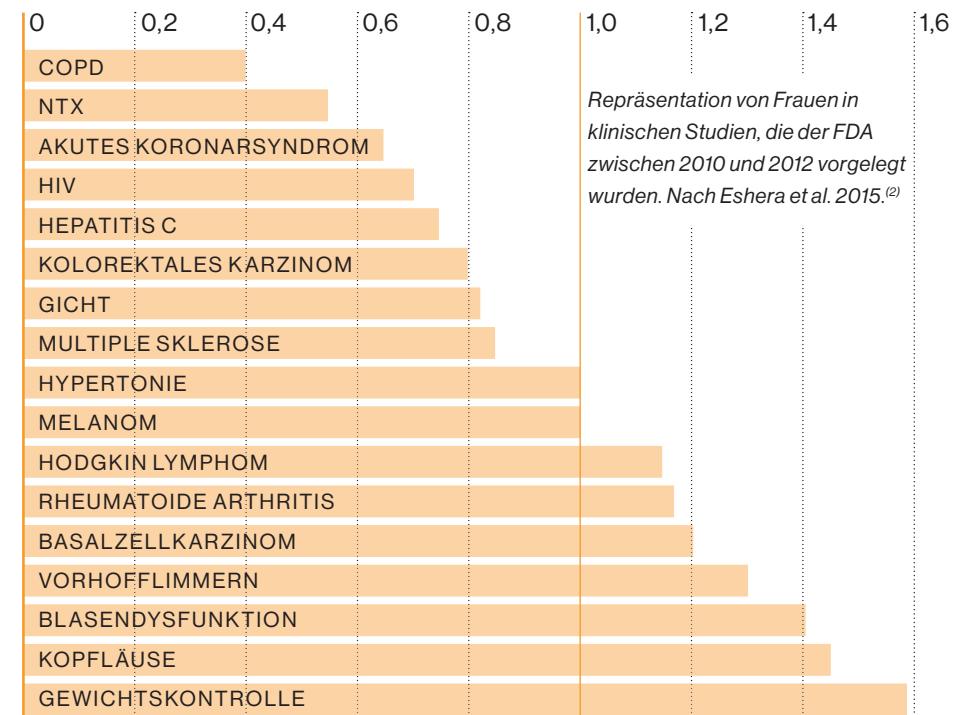
Für zahlreiche Erkrankungen sind Geschlechterunterschiede hinsichtlich Prävalenz, Symptomen und Verlauf bekannt. Demzufolge sollte eine medikamentöse Therapie ebenfalls unter diesem Gesichtspunkt untersucht und angewendet werden.¹

¹ Frankconi F, Campesi I: Sex Impact on Biomarkers, Pharmacokinetics and Pharmacodynamics. *Curr Med Chem Actions* 2017;24(24):2561-2575.

² Eshera N, Itana H, Zhang L, Soon G, Fadiran EO: Demographics of clinical trial participants in pivotal clinical trials for new molecular entity drugs and biologics approved by FDA from 2010 to 2012. *Amer J Ther* 2015; 22:435-455

Um Unterschiede zwischen Frauen und Männern zu identifizieren, sind Studien erforderlich, bei denen eine angemessene Repräsentation beider Geschlechter und entsprechende geschlechter-getrennte Analysen Voraussetzung sind.

Die Abbildung illustriert eine Analyse der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA: Bei einigen Indikationen sind Frauen im Verhältnis zu ihrer Erkrankungsprävalenz überrepräsentiert (z.B. Gewichtsabnahme), bei anderen Indikationen (z.B. bei Chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung: COPD) sind zu wenige Frauen in Studien eingeschlossen.²





Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Aufnahme und Ausscheidung von Medikamenten:

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine sichere und wirksame Arzneimitteltherapie ist die Wahl der korrekten Dosis in Abhängigkeit u.a. von Körpergewicht, Verteilung sowie Ausscheidung. Bei vielen Medikamenten hängt deren Ausscheidung von der Ausstattung der Leber ab, die bei Männern und Frauen unterschiedlich ist. So verfügen Frauen offenbar über einige Enzyme in etwas geringerem Ausmaß, was zu Überdosierungen und Nebenwirkungen führt – beispielsweise bei dem entwässernden Medikament Torasemid, aber auch bei einigen Antidepressiva.^{3,4}

Diese Unterschiede treten teilweise in einer Größenordnung auf, wie man sie bei sogenannten genetischen Polymorphismen beobachtet. Die etwas geringere Ausscheidungsrate über die Nieren spielt zusätzlich im Alter eine bedeutende Rolle. Diese Unterschiede haben dazu geführt, dass in den USA für das Medikament Zolpidem (ein Schlafmittel) für Frauen eine Dosierung von 5 mg und für Männer von 10 mg empfohlen wird. Darüber hinaus sprechen Frauen zum Teil anders auf Medikamente an als Männer.

³ Thürmann PA: Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pharmakokinetik und -dynamik von Arzneimitteln. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesschutz 2005; 48: 536-40.

⁴ Haack S, Seeringer A, Thürmann PA, Becker T, Kirchheiner J: Sex-specific Differences in Side Effects of Psychotropic Drugs: Genes or Gender? Pharmacogenomics 2009; 10: 1511-1526.

Bestimmte Schmerzmittel (z.B. Morphin) können bei Frauen offenbar besser an den Opiat-Rezeptor andocken und damit effizienter wirken.

Männer benötigen daher eine höhere Dosis zur Schmerzbehandlung, Frauen leiden dagegen eher unter Nebenwirkungen, was bis zum Atemstillstand führen kann.^{1,3} Bei Antidepressiva scheinen ebenfalls solche Unterschiede zu bestehen: Während jüngere Frauen besser auf sogenannte SSRIs ansprechen als Männer, scheint es zwischen älteren Frauen und Männern keine Unterschiede mehr zu geben.^{3,4}

Es ist allgemein anerkannt, dass Frauen häufiger unter Arzneimittelnebenwirkungen leiden als Männer, was sowohl auf den Stoffwechsel, als auch die Bindungsstellen im Körper zurückzuführen ist.

Geschlechterunterschiede im Stoffwechsel und auch in der Wirksamkeit vieler Arzneimittel sind bekannt.

Zur Entdeckung relevanter Unterschiede müssen ausreichend Frauen und Männer in Studien untersucht werden.

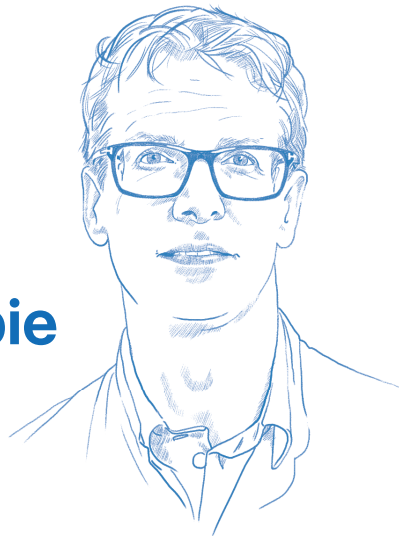
Studienergebnisse müssten stets auch nach Geschlechtern getrennt analysiert werden, sowohl im Hinblick auf Wirksamkeit als auch Sicherheit von Medikamenten.

4.2 / Geschlechtsspezifische Aspekte der onkologischen Arzneimitteltherapie

Dr. Dirk Keiner

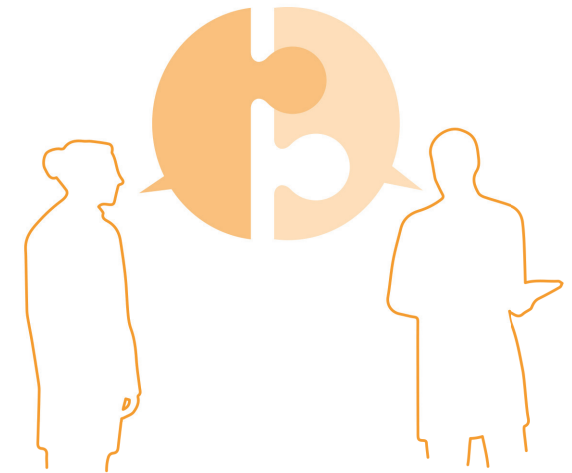
Chefapotheker

Sophien- und Hufelandklinikum Weimar gGmbH



Das Ausmaß an Arzneimittelwechselwirkungen ist bei Frauen im Gegensatz zu Männern höher – einerseits durch einen höheren Arzneimittelgebrauch – auch bedingt durch alternative komplementäre Therapien – andererseits durch höhere Nebenwirkungsraten.

Geschlechterunterschiede zeigen sich in vielen Aspekten wie Krebsanfälligkeit, Krankheitsbewältigung, Therapieerwartungen, Therapieeffekte (Outcome), aber auch in der Verträglichkeit medikamentöser Therapien (Nebenwirkungen).



Andere Wirkempfindlichkeit:

Für den Alltag sind im Bereich der Pharmakodynamik (Wirkung von Arzneistoffen im Organismus) Aspekte der geschlechterunterschiedlichen Empfindlichkeit der Schmerzrezeptoren von Bedeutung. Mutationsanalysen spielen zunehmend eine Rolle für eine selektive, zielgerichtete Therapie und damit für bestimmte Arzneimittelangriffspunkte wie enzymatische Signalwege (BRAF- und MEK-Inhibitoren) – beispielsweise bei Lungenkrebs und hier überwiegend bei weiblichen Patienten. Gewisse Nebenwirkungen sind dann gehäuft bei Frauen zu erwarten (z.B. an der Haut und am Auge). Bei Immunonkologika (Checkpointsignalwege) sprechen Männer besser auf die Therapie an.

Andere Wirkstoffexpositionen:

Gerade die hohe Evidenz für geschlechterspezifische Aspekte für zahlreiche Arzneimittel im Bereich der Pharmakokinetik, also bei der Bioverfügbarkeit, Bio-transformation (Metabolisierung bzw. Verstoffwechslung) oder Elimination, verdeutlichen die Notwendigkeit einer individuell abgestimmten Therapie für Frau und Mann.

Andere Risiken:

Das Ausmaß an Arzneimittelwechselwirkungen (Interaktionen) ist bei Frauen höher, einerseits durch einen höheren Arzneimittelgebrauch – auch bedingt durch alternative komplementäre Therapien – andererseits sind die Nebenwirkungsraten bei Frauen höher. Das wohl bekannteste Beispiel für höhere Nebenwirkungen (Schweregrad >3) bei Frauen ist die Analyse für 5-Fluorouracil¹ mit signifikant mehr Stomatitis (Mundschleimhautentzündung), Leukopenien (Abbau weißer Blutkörperchen) und Diarrhoen (Durchfallerkrankungen).

Therapieassoziierte Schleimhautentzündung (Mukositis), Diarrhoe, Schädigungen am Herz, an Niere und am Ohr, Blutbildveränderungen, Übelkeit und Erbrechen sind bei Frauen unter Krebstherapie häufiger ausgeprägt.

Beim Einsatz knochenschützender Medikamente (Bisphosphonate) haben Frauen ein etwa dreifach höheres Risiko als Männer, eine atypische Oberschenkelfraktur zu erleiden aufgrund geringerer morphologischer sowie biomechanischer Skelett-Kompensationen.

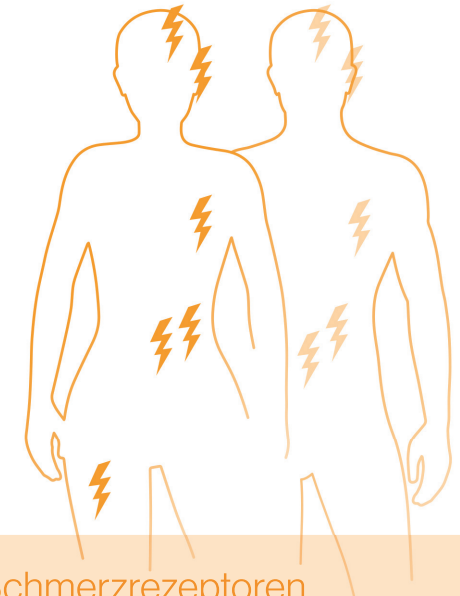
Männer sind dagegen anfälliger für neuropathische Schädigungen.

Andere Strategien:

Der Fokus muss stärker auf einer geschlechtersensiblen Forschung liegen, um verschiedene Präventionskonzepte (Bewegung, Ernährung, Rauchen) sowie Therapiekonzepte für geschlechtsspezifische Dosisadjustierungen zu entwickeln. Auch das Mikrobiom wird durch Hormone unterschiedlich gestaltet und könnte in der Zukunft eine wichtige Stellschraube sein. Die Lebensqualität und die Gesundheit der Patienten mit Krebserkrankungen dürfen sich nicht am Geschlecht unterscheiden.

¹ 5-Fluorouracil aus der Gruppe der Zytostatika wird vor allem zur Chemotherapie von malignen Tumoren eingesetzt, z.B. Tumoren des Magen-Darm-Traktes, des Kopf- und Halsbereichs sowie beim Mammakarzinom. (Anm. d. Herausg.)

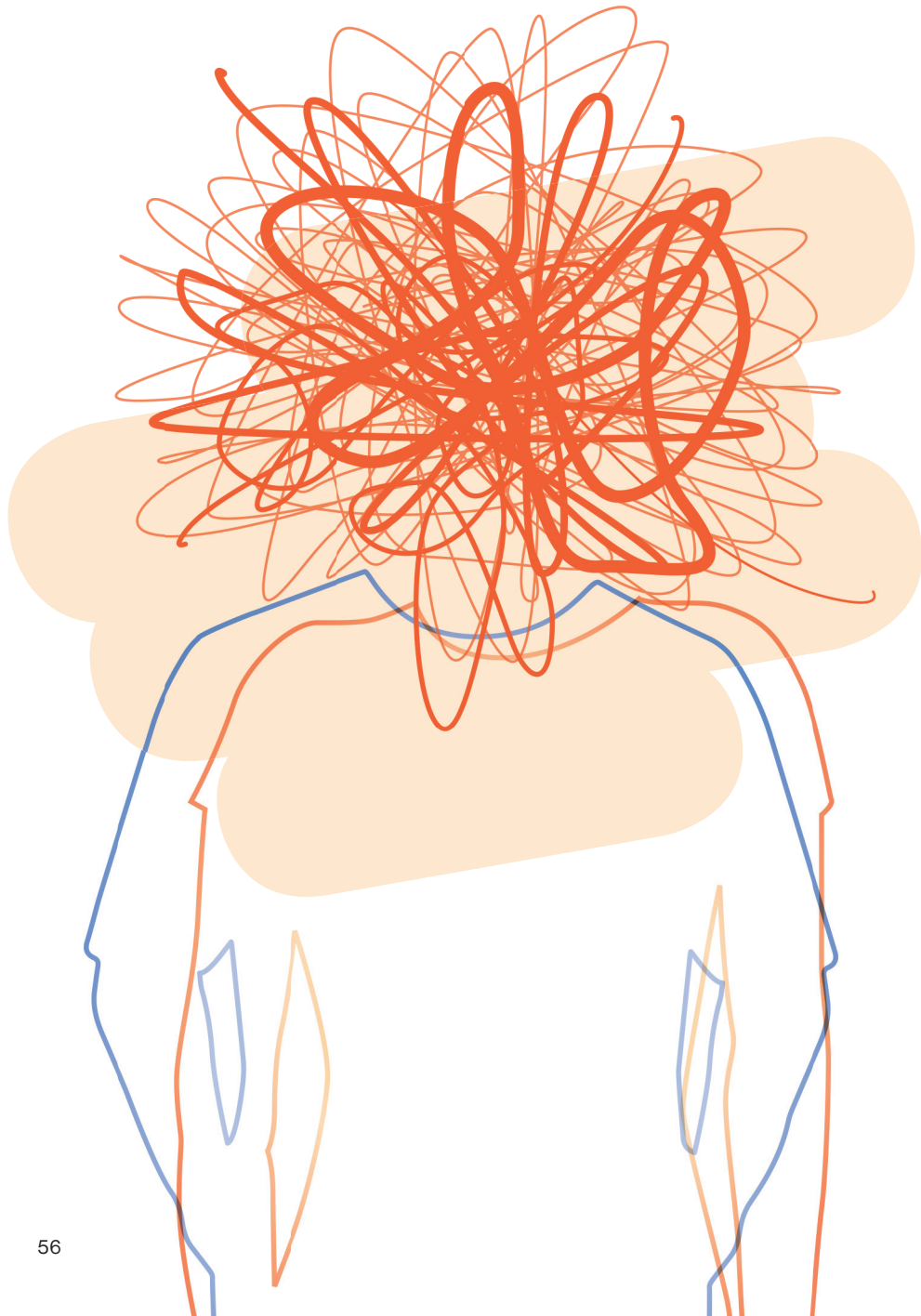
² nach Dr. Dirk Keiner, Chefapotheker, Sophien- und Hufelandklinikum Weimar gGmbH.



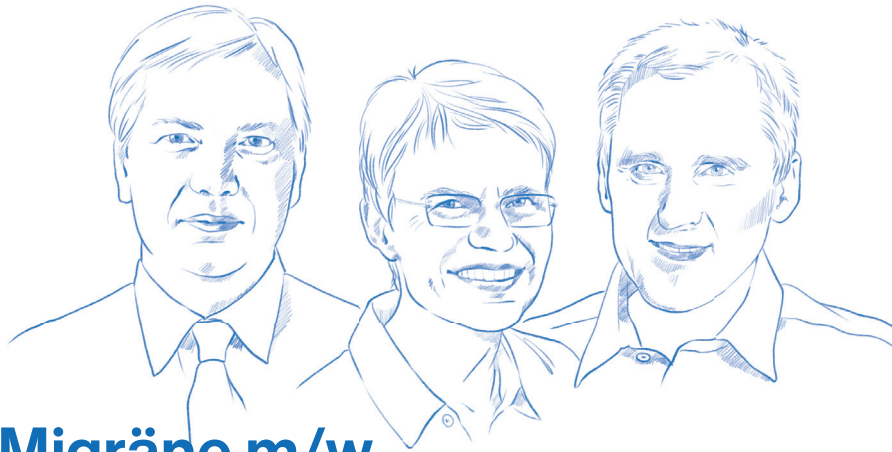
Die Empfindlichkeit der Schmerzrezeptoren hängt vom Geschlecht ab.

Arzneimittelwechselwirkungen und Nebenwirkungs-raten sind bei Frauen höher aufgrund der weiblichen Pharmakodynamik und -kinetik.

Therapieassoziierte Nebenwirkungen wie z.B. Leukopenien, Mukositis und Stomatitis, Diarrhoen, Übelkeit und Erbrechen sowie auch Schädigungen an Herz, Nieren und Ohren treten bei Frauen häufiger auf.²



5 / Migräne und Stigmatisierung m/w



5.1 / Migräne m/w Geschlechtsabhängige Trigger

Prof. Dr. Hartmut Göbel, Dr. Katja Heinze-Kuhn, Dr. Axel Heinze
Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzklinik Kiel

Frauen sind um den Faktor 2 bis 3 häufiger bei Migräneerkrankungen vertreten. Vor der Pubertät sind eher Jungen betroffen. Der abrupte Abfall des Östrogenspiegels ist bei vielen Frauen ein wesentlicher Trigger, um einen Migräneanfall auszulösen.

Generationen von Schülern haben sich mit dem Problem geplagt, dass ein Wort in verschiedenen Sprachen ein unterschiedliches Geschlecht haben kann. Dabei erscheint die Zuordnung zum weiblichen, männlichen oder sachlichen Genus häufig eher willkürlich. Ein typisches Beispiel ist der Schmerz.

Vom lateinischen dolor (maskulin) leitet sich das italienische dolore genauso ab wie das französische douleur – nur ist ersteres maskulin und letzteres feminin! Selbst bei geographisch so benachbarten Sprachen wie Spanisch und Portugiesisch findet sich keine Übereinstimmung: Das spanische dolor ist maskulin, das portugiesische dor wieder feminin. Schon in der Antike war man sich uneins. Anders als das dolor im Lateinischen war $\lambda\gamma\omicron\varsigma$ (algos) im Altgriechischen neutral! Wenn der Schmerz in den verschiedenen Sprachen mal dem weiblichen, mal dem männlichen und mal keinem Geschlecht zugeordnet wird, spiegelt das möglicherweise einfach die Erfahrung wider, dass beide Geschlechter gleichermaßen Schmerzen verspüren können.

Umso erstaunlicher ist, wie uniform die Migräne – hemicrania, emicrania, migraine, migraña, enxaqueca oder jaqueca – in den unterschiedlichen Sprachen weiblichen Geschlechts ist. Im Urteil der Völker handelt es sich bei der Migräne augenscheinlich überwiegend um eine Erkrankung von Frauen.

Der Frage, ob dies tatsächlich der Fall ist, kann man sich epidemiologisch nähern. Repräsentativ ausgewählte Bevölkerungsstichproben zeigen tatsächlich ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts um den Faktor 2 bis 3 über das ganze Leben gesehen.⁽¹⁾

Vor dem 12. Lebensjahr unterscheiden sich beide Geschlechter noch wenig. Bei den jüngeren Kindern sind Jungen sogar tendenziell etwas häufiger betroffen. Das ändert sich mit dem Eintritt in die Pubertät. Der abrupte Abfall des Östrogenspiegels vor der Menstruation ist bei vielen Frauen ein potenter Trigger von Migräneattacken.⁽²⁾ Dabei spielt es keine wesentliche Rolle, ob es sich um die natürlichen Hormonschwankungen handelt oder um den Östrogenentzug in der „Pillenpause“ bei Einnahme von östrogenhaltigen Kontrazeptiva.⁽³⁾

Nicht selten ist der Hormonabfall bei Frauen der einzige Trigger. Diese frauenspezifische menstruelle Migräne dürfte der wesentliche Grund dafür sein, dass Migräne bei Frauen häufiger als bei Männern auftritt, aber auch, dass Migräne als weibliche Erkrankung wahrgenommen wird.



4,3 x mehr Frauen als Männer

bekamen Triptane verordnet.

Zwischen den Geschlechtern gibt es bei der Migräne aber nicht nur einen Unterschied in der Häufigkeit ihres Auftretens, sondern auch bei der Ausprägung der Erkrankung. Dies wird deutlich bei der Auswertung von Krankenkassendaten hinsichtlich der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Ein solches Vorgehen erlaubt eine Aussage darüber, wie viele Menschen unter ihrer Migräne in einem Ausmaß leiden, dass sie auch Kosten verursachen. Daten für Deutschland liefert der Arztreport 2017 der BARMER mit einem Schwerpunktteil Kopfschmerzen.⁽⁴⁾

MIGRÄNEBEHANDLUNGEN 2015

2,1 %
der Männer

6,8 %

der Frauen = 3,2x mehr als Männer

Bei den 24-Jährigen und
den 50-Jährigen war sogar
jede 10. Frau betroffen.

4,3 mal mehr Frauen als Männern wurden Triptane verordnet – spezifische Migränetherapeutika, die erst zum Einsatz kommen, wenn Schmerzmittel nicht mehr ausreichend wirken.

Frauen bedürfen also im Geschlechtervergleich einer häufigeren und intensiveren medizinischen Behandlung, als von der reinen Prävalenz zu erwarten gewesen wäre. Die Migräne verläuft bei Frauen offensichtlich heftiger.

Hierfür spricht auch, dass der Frauenanteil in klinischen Studien zur Migräne mit 80 bis 85 Prozent durchweg überproportional ist.^(5, 6) Es besteht ein hoher Leidensdruck und offensichtlich ein unbefriedigter Bedarf nach neuen Therapieoptionen.

Frauen sind 2 bis 3 mal häufiger von Migräne betroffen, v.a. nach der Pubertät.

Bei jüngeren Kindern sind Jungen häufiger betroffen.

Der abrupte Abfall des Östrogenspiegels vor der Menstruation ist häufig der einzige Trigger.

Laut Arztreport 2017 der BARMER befanden sich 2015 2,1 % Männer und 6,8 % Frauen in ärztlicher Behandlung wegen Migräne.

Migräne verläuft bei Frauen heftiger, sie bekommen 4,3 mal häufiger Triptane (starkes Schmerzmittel) verordnet als Männer.

Literaturverzeichnis:

- (1) Merikangas KR. Contributions of epidemiology to our understanding of migraine. *Headache*. 2013;53(2):230-46.
- (2) Marmura MJ. Triggers, Protectors, and Predictors in Episodic Migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2018;22(12):81.
- (3) Silberstein SD. Sex hormones and headache. *Rev Neurol (Paris)*. 2000;156 Suppl 4:4S30-41.
- (4) Grobe T, Steinmann S, Szecsenyi J. BARMER Arztreport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 1: BARMER Hauptverwaltung, Asgard Verlagsservice GmbH; 2017.
- (5) Reuter U, Goadsby PJ, Lanteri-Minet M, Wen S, Hours-Zesiger P, Ferrari MD, et al. Efficacy and tolerability of erenumab in patients with episodic migraine in whom two-to-four previous preventive treatments were unsuccessful: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3b study. *Lancet*. 2018;392(10161):22807.
- (6) Skljarevski V, Matharu M, Millen BA, Ossipov MH, Kim BK, Yang JY. Efficacy and safety of galcanezumab for the prevention of episodic migraine: Results of the EVOLVE-2 Phase 3 randomized controlled clinical trial. *Cephalalgia*. 2018;38(8):1442-54.



5.2 / Geschlechteraspekte der sozioökonomischen Last der Migräne

Prof. Dr. Dennis Ostwald, Dr. Sandra Hofmann, Jennifer Branner
WifOR (Wirtschaftsforschungsinstitut)

Ein Großteil der erwerbsfähigen Bevölkerung ist mit einer Prävalenz von 30,8 Prozent am häufigsten von Migräne betroffen. Die sozioökonomischen Folgen sind Arbeitsausfälle im Beruf, aber auch Ausfälle bei unbezahlter, im sozialen Bereich geleisteter Arbeit.

In Deutschland leiden über 17 Millionen Menschen an Migräne. Dies entspricht 21,3 Prozent der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2017.¹ Etwa zwei Drittel davon sind Frauen. Die wiederkehrenden Attacken sind eine große Belastung für Betroffene, sie gehen mit teils erheblichen Funktionseinschränkungen in alltäglichen und beruflichen Tätigkeiten einher und vermindern die Lebensqualität in großem Ausmaß. Typische Symptome sind halbseitig pulsierender Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Licht-, Geruchs- und Geräuschempfindlichkeit.

Menschen im Alter zwischen 20 und 49 Jahren – ein Großteil der erwerbsfähigen Bevölkerung – sind mit einer Prävalenz von 30,8 Prozent am häufigsten von Migräne betroffen.² Neben der Erwerbsfähigkeit fallen Familiengründung, die Pflege von Angehörigen und ehrenamtliches Engagement häufig in diesen Lebensabschnitt. Daher führt Migräne nicht nur zu Arbeitsausfällen im Beruf, sondern verringert auch im Privatleben die „soziale Leistungsfähigkeit“ in sogenannter unbezahlter Arbeit massiv. Dazu zählen Hausarbeit, Einkauf, Kinderbetreuung, informelle Pflege und Ehrenamt.

- 1 Global Burden of Disease Collaborative Network, "Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results," Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, United States, 2020. URL <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [Nutzung genehmigt, letzter Zugriff: 31.01.20].
- 2 Ebd.
- 3 Seddik et al., forthcoming. The socioeconomic burden of migraine: An evaluation of productivity losses due to migraine headaches based on a population study in Germany. *Cephalalgia*.
- 4 Das Arbeitsvolumen der Erwerbstätigen in München lag im Jahr 2016 bei 1,519 Mrd. Stunden (Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder“ im Auftrag der Statistischen Ämter der 16 Bundesländer, des Statistischen Bundesamtes und des Bürgeramtes, Statistik und Wahlen, Frankfurt a. M., 2018. Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in den kreisfreien Städten und Landkreisen der Bundesrepublik Deutschland 1992 und 1994 bis 2016).
- 5 Das Gesamtvolumen unbezahlter Arbeit in Deutschland wurde auf 89 Mrd. Stunden im Jahr 2013 geschätzt (Schwarz, N., Schwahn, F., 2016. Entwicklung der unbezahlten Arbeit privater Haushalte. Bewertung und Vergleich mit gesamtwirtschaftlichen Größen. *Wirtschaft und Statistik (WISTA)* 2, 35–51).

547,6 Millionen Stunden

bezahlter Arbeit fallen geschätzt pro Jahr deutschlandweit aus.

Zum Vergleich: Das ist, als würde in München über 4 Monate lang kein einziger Mensch arbeiten.

675,8 Millionen Stunden

gehen in einem Jahr zusätzlich an unbezahlter Arbeit durch Migräne verloren.

Das entspricht fast einem Prozent der gesamt in Deutschland jährlich für unbezahlte Arbeit aufgewandten Zeit.

Im Vergleich zum unbereinigten Bruttoinlandsprodukt 2019 (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktberechnung, Erste Jahresergebnisse 2019, Fachserie 18 Reihe 1.1. Wiesbaden).

In einer aktuellen Studie hat das Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR die sozioökonomische Last der Migräne modelliert.³ Dabei stand im Fokus, die potenziellen Leistungseinbußen in bezahlter und unbezahlter Arbeit für die deutsche Gesellschaft aufgrund von erwachsenen Migränepatientinnen und -patienten zu approximieren.

Deutschlandweit fallen geschätzt pro Jahr 547,6 Millionen Stunden bezahlter Arbeit aus. Zum Vergleich: Das ist, als würde in München über vier Monate lang kein einziger Mensch arbeiten.⁴ Durch Migräne gehen in einem Jahr zusätzlich 675,8 Millionen Stunden an unbezahlter Arbeit verloren, fast ein Prozent der gesamt in Deutschland jährlich für unbezahlte Arbeit aufgewandten Zeit.⁵ Insgesamt entfallen zwei Drittel der durch Migräne verlorenen produktiven Zeit auf Frauen, Verluste in unbezahlter Arbeit verteilen sich zu drei Vierteln auf Frauen und zu einem Viertel auf Männer.

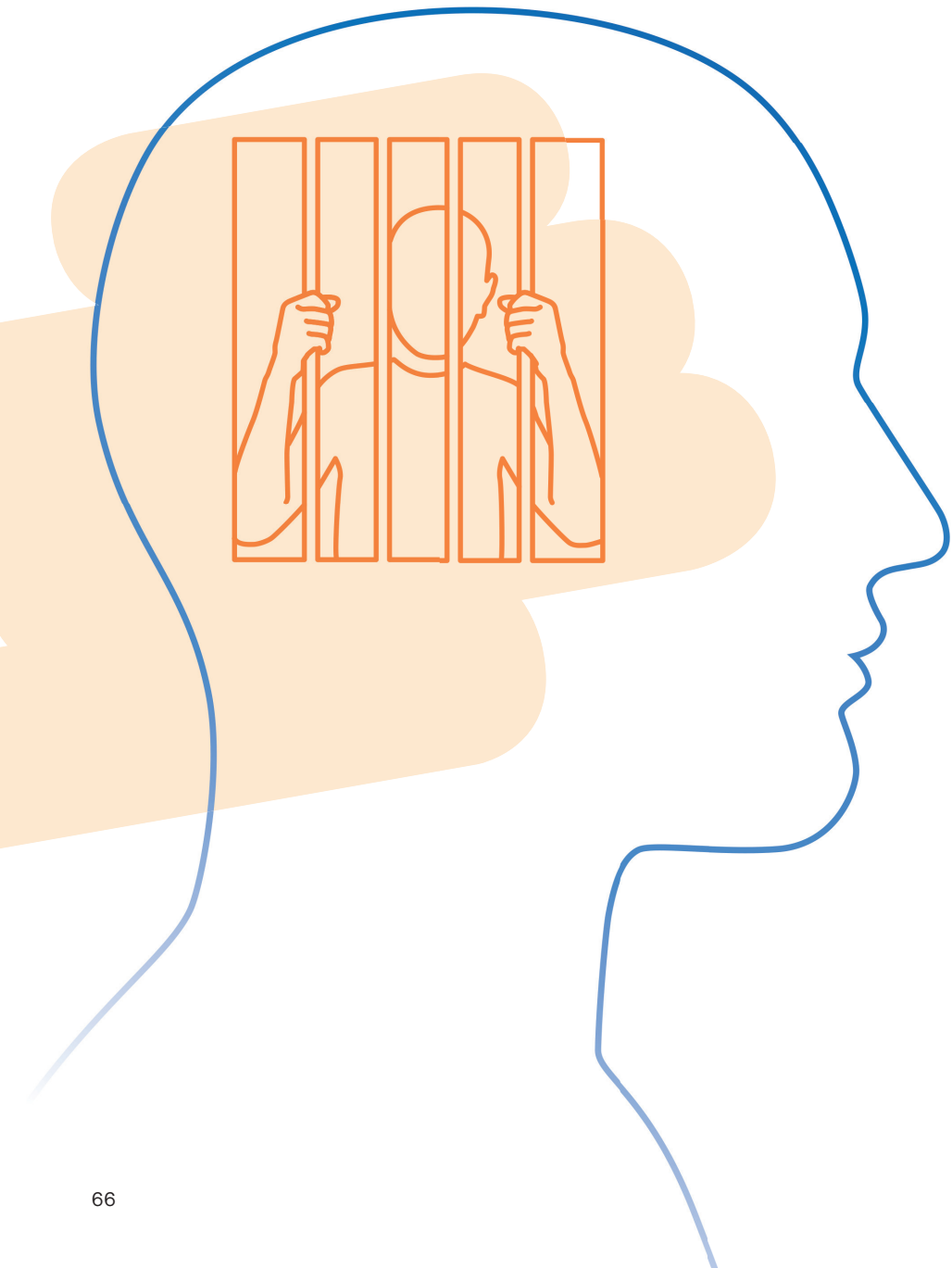
Diese Zahlen machen zwei Dinge deutlich: Zum einen ist das Ausmaß der Stunden an bezahlter und unbezahlter Arbeit, die durch Migräne ausfallen, enorm. Zum anderen wird der Verlust produktiver Zeit insbesondere unter den betroffenen Frauen bei Vernachlässigung unbezahlter Arbeit unterschätzt. Umgerechnet in einen monetären Wert, könnte sich der volkswirtschaftliche Verlust des gesamten Arbeitsausfalls auf rund 48,8 Milliarden Euro im Jahr (ohne Berücksichtigung weiterer Spillover-Effekte entlang der Wertschöpfungskette) aufsummieren. Dies entspricht etwa 1,4 Prozent der deutschen Wirtschaftsleistung im Jahr 2019.⁶ Damit wird die Notwendigkeit einer verbesserten Versorgungssituation bei Migräne hinsichtlich eines volkswirtschaftlichen Wertschöpfungspotentials deutlich.

Über 17 Millionen Menschen leiden in Deutschland an Migräne, davon 2/3 der Frauen.

Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 49 sind am häufigsten von Migräne betroffen.

Der volkswirtschaftliche Verlust durch Migräne beträgt Schätzungen zufolge:

- ca. 48,8 Milliarden Euro/Jahr, was ca. 1,4 % des BIP (Deutschland 2019) entspricht.
- Dazu zählen 547,6 Millionen Stunden bezahlte Arbeit und 675,8 Millionen Stunden unbezahlte Arbeit.



6 / Depression

6 / Depression bei Männern, das unterschätzte Risiko

Prof. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Die Symptome einer „männlichen“ Depression können sich von denen einer „weiblichen“ deutlich unterscheiden. Häufig bleiben Männer hier unterdiagnostiziert, obwohl sie eine dreimal höhere Suizidrate aufweisen.

Eine Depression gilt häufig als typische Frauenkrankheit mit einer mindestens doppelt so hohen Prävalenz diagnostizierter Depressionen im Vergleich zu Männern.

Bei Männern werden zwar deutlich weniger Depressionen diagnostiziert, sie weisen aber eine dreimal höhere Suizidrate auf. Da eine nicht erkannte bzw. behandelte Depression eine der Hauptursachen für Suizid darstellt, deutet dieses Depressions-Suizid-Paradox auf eine hohe Dunkelziffer.

Gründe für die Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern sind:

- eine mangelnde Inanspruchnahme professioneller Hilfe,
- ein männertypisches Erscheinungsbild der Depression, das sich durch ausagierende Verhaltensmuster von der klassischen Depression unterscheidet (erhöhte Aggressivität, Reizbarkeit, Risikoverhalten, Suchtverhalten), sowie durch
- einen Genderbias in etablierten Depressionsscreenings, die im Wesentlichen Symptome erfassen, welche überwiegend von Frauen berichtet werden (depressive Verstimmung, Traurigkeit, Antriebslosigkeit etc.). Daher können Männer leichter durch das Diagnoseraster fallen.



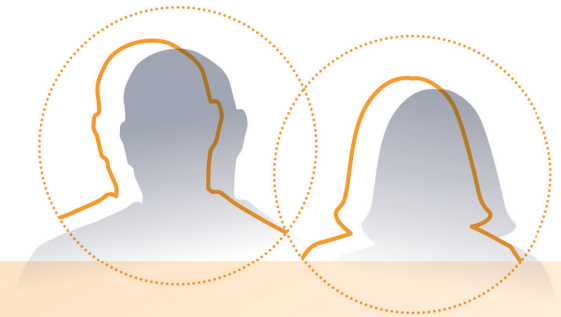
Nicht alles ist Burnout – geschlechtstypische Risikofaktoren für Depression:

Burnout bezeichnet einen stressbedingten Erschöpfungszustand und ist ein Risikofaktor bzw. eine Vorstufe der Depression. Anders als Depression ist Burnout insbesondere für Männer ein Konzept, das eine Hilfesuche erleichtert, ohne zu stigmatisieren. Der Fokus auf Burnout in den letzten Jahren hat jedoch den Blick auf andere Faktoren verstellt, die das Depressionsrisiko für Männer stärker erhöhen als das für Frauen. Wesentliche Faktoren sind mit der Erwerbstätigkeit assoziiert: psychosoziale Arbeitsbelastungen wie Gratifikationskrisen oder ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Kontrolle am Arbeitsplatz, der Übergang in den Ruhestand und Arbeitslosigkeit.

Aber auch Trennung oder Scheidung sowie Alleinleben sind schwerwiegendere Risikofaktoren für Depression und Suizid bei Männern als bei Frauen. Tradiertere Männlichkeitsnormen, die sich um sozialen Status, Stärke, Leistung und Erfolg ranken und die Erwerbstätigkeit ins Zentrum männlicher Identität gerückt haben, bedingen jedoch gleichzeitig eine starke emotionale Kontrolle und uneingestandene Vulnerabilität. Formen traditioneller Männlichkeit sind trotz des strukturellen Wandels der Arbeitswelt und der weiblichen Geschlechtsrolle noch immer relevante Leitbilder, die auch Gesundheitskonzepte, Gesundheitsverhalten und Symptomprofile beeinflussen.

Präventions – und Therapieansätze für Männer und Frauen:

Für Männer sollten bisherige (geschlechtsneutrale) Präventions- und Therapieansätze überdacht werden, da sie signifikant seltener von Männern genutzt werden als von Frauen. Während Präventionsangebote von Krankenkassen und Betrieben ebenso wie psychotherapeutische Angebote implizit eher auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten sind, wären mänderspezifische Präventionsangebote im Kontext der (z.B. betrieblichen) Gesundheitsangebote weiter auszubauen sowie therapeutische Ansätze mit mänderspezifischen Modulen anzureichern.



Depression gilt als typische Frauenkrankheit.

Männer weisen eine dreifach höhere Suizidrate auf, obwohl Depressionen eine Hauptursache für Suizid sind.

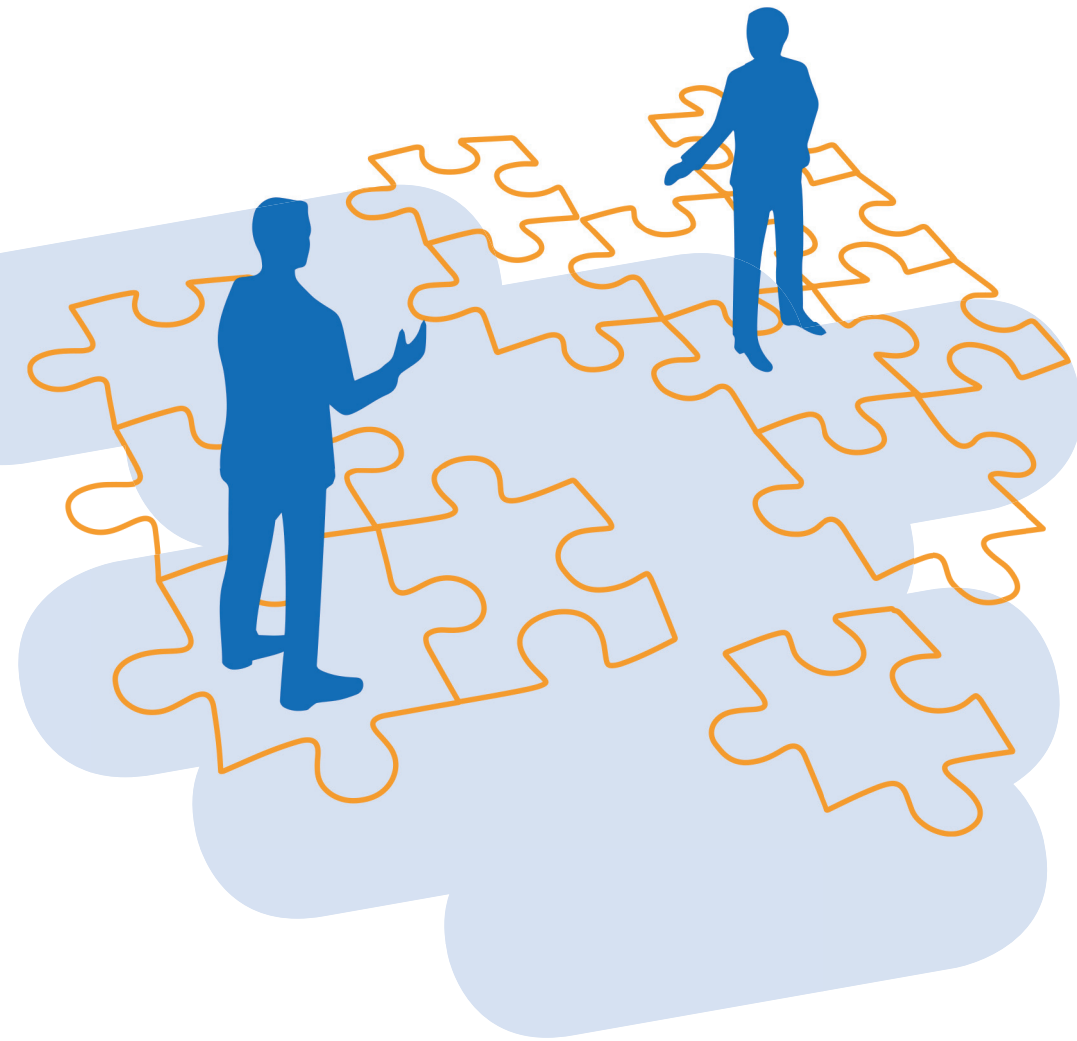
Ein wesentlicher Grund dafür ist ein Genderbias in der Depressionsdiagnostik.

Dieser besteht darin, dass einerseits Symptome erfasst werden, die überwiegend von Frauen berichtet werden (z.B. Traurigkeit, Antriebslosigkeit), andererseits mändertypische Erscheinungsbilder weniger Berücksichtigung finden (z.B. erhöhte Aggressivität, Suchtverhalten).

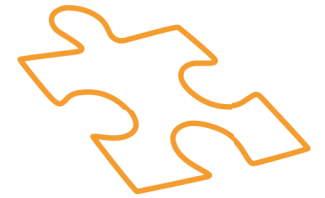
Faktoren für ein erhöhtes Depressionsrisiko v.a. bei Männern, sind z.B.:

- psychosoziale Arbeitsbelastungen
- Trennung, Scheidung, Alleinleben.

Präventionsangebote der Kassen und Betriebe sowie psychotherapeutische Angebote sind eher auf Frauen ausgerichtet und sollten zusätzlich an die Bedürfnisse von Männern angepasst werden.

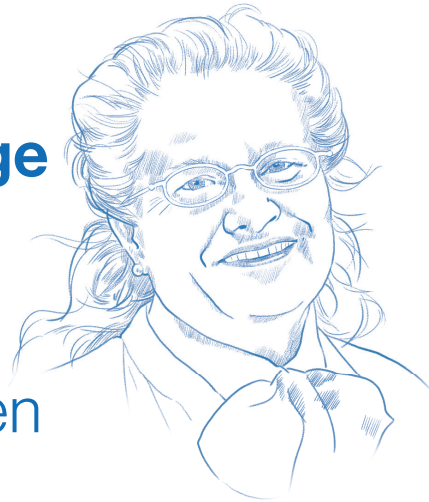


7 / Gender & Alter



7 / (Alzheimer-) Demenz, eine Frage des Geschlechts?

Vier Fragen an Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen



Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Seniorprofessorin, Charité - Universitätsmedizin Berlin
Medizinische Klinik für Endokrinologie und Stoffwechsel
Arbeitsbereich Lipidstoffwechsel und AG Biologie des Alterns

Während bei älteren Männern Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle stehen, sind es bei Frauen die des Bewegungsapparates. Da Frauen im Schnitt älter werden als Männer, erleiden sie eine Demenz häufiger und länger.

Mit dem Alter hören wir ja nicht auf, Männer und Frauen zu sein. Wo würden Sie wesentliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Bereich Gesundheit und Versorgung auch im Alter sehen?

Frauen werden ca. sieben Jahre älter als Männer. Mögliche Gründe können der unterschiedliche Stoffwechsel bei Mann und Frau und insbesondere die „Hormonhaushalte“ sein.

Im Alter sind die häufigsten Erkrankungsgruppen in unserer westlich orientierten Bevölkerung die des Herz-Kreislauf-Systems und die des Bewegungsapparates. Bei Männern stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle, während bei Frauen Erkrankungen des Bewegungsapparates den ersten Platz einnehmen.

Es gibt noch weitere: So unterscheidet sich beispielsweise das Blutgerinnungssystem bei beiden Geschlechtern. Die Spektren der Multimorbidität und die der regelmäßig eingenommenen Medikamente differieren gleichfalls deutlich.

Haben Frauen tatsächlich ein höheres Risiko, an Demenz (Alzheimer-Demenz) zu erkranken als Männer?

Demenz ist ein Überbegriff für unterschiedliche Formen von Demenz, und hier muss man stets differenzieren zwischen einer Demenz vom Alzheimer Typ, einer Levy body Demenz, einer vaskulären Demenz und einer Mischform aus vaskulärer und Alzheimer Demenz.

Bei der Demenz vom Alzheimer Typ stehen oft genetische Dispositionen im Vordergrund. Außerdem sind Patienten mit der Diagnose Alzheimer Demenz durchschnittlich jünger, im Vergleich zu denen, die an anderen Demenzformen leiden. Die sog. Mischform ist eine der häufigsten Ausprägungen der Demenzerkrankung.

Zusätzlich hat man verschiedene Faktoren beobachtet, die Einfluss auf die Entstehung und das Fortschreiten der Demenz haben. Ein über viele Jahre nicht behandelter oder auch ein schlecht eingestellter Bluthochdruck – in unserer Bevölkerung häufig zu finden – sind sogenannte „Schrittmacher“ einer Demenz. Da Frauen im Schnitt älter werden als Männer, erleben sie die Demenzkrankheit daher viel häufiger und länger.

Darüberhinaus spielt in diesem Zusammenhang Bildung eine ganz wesentliche Rolle. Das zeigen Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Probanden mit besserer Bildung erkranken weniger und vor allem später an einer Demenz. Außerdem konnten wir zeigen, dass Patienten mit einem Diabetes Typ2 häufiger an Demenz leiden. Aus großen Studien ist bekannt, dass Menschen, die sich „gesund“ (mediterran) ernähren und viel Sport treiben, die Demenzentwicklung günstig beeinflussen. Die Einflussfaktoren sind vielfältig. Auch kognitive Reize spielen eine Rolle, deshalb sollte man Einsamkeit auch als eine der Ursachen für eine Demenzentwicklung in Betracht ziehen.

Pflegebedürftige ältere oder alte Menschen werden durch überwiegend weibliches Pflegepersonal betreut – stellt das ein Problem dar?

Wären hier nicht mehr männliche Pfleger für männliche Pflegebedürftige wünschenswert?

Diese Frage nach dem ausgeglichenen Verhältnis von Männern und Frauen am Arbeitsplatz würde ich schon mal grundsätzlich mit einem eindeutigen JA beantworten. Aus eigener Erfahrung im Krankenhaus kann ich berichten, dass es uns so gut tut, dass die Medizin, was den ärztlichen Beruf angeht, „weiblicher“ geworden ist. Der Ton, die Sprache, das Miteinander und der Umgang, alles ist anders, angenehmer!

Es gibt heute bereits Krankenpfleger, aber viel zu wenige. Oft sind sie in leitender Position und stehen vorwiegend weiblichem Personal vor.

Dem Stationsalltag im Krankenhaus und in den Pflegeheimen würde es insgesamt, untereinander und den Patienten gegenüber, sicher auch gut bekommen, wenn wir hier ausgeglichene Verhältnisse hätten.

Häufigste Erkrankung im Alter sind:

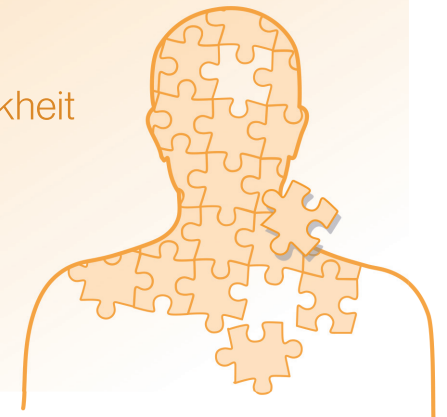
- Männer: Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Frauen: Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Bei Demenz vom Alzheimer Typ stehen oft genetische Dispositionen im Vordergrund.

Wichtige Faktoren bei der Entwicklung von Demenz sind:

- nicht behandelter und schlecht eingestellter Bluthochdruck
- Diabetes
- Bildung, Mangel an kognitiven Reizen
- Bewegungsmangel
- Einsamkeit.

Da Frauen älter werden, erleben sie ihre Demenzkrankheit viel häufiger und länger als Männer.





8 / Gesundheit digital m/w

8 / Apps m/w – vom Entwickler bis zur AnwenderIN?

Dr. Sylvie von Werder
Rehappy GmbH



Ein kommunikativer und weiblicher Ansatz sowie Patientenzentrierung sind essenziell für den Erfolg digitaler Gesundheitsanwendungen. Interdisziplinäre Teams sollten bei der Entwicklung von DiGAs eine zentrale Rolle einnehmen.

Jeder Mensch ist einzigartig! So schön und vielfältig das Leben dadurch ist, stellt diese Tatsache EntwicklerInnen vor Herausforderungen. Krankheit, Symptome und die Behandlung ergeben keine eindeutige Gleichung wie in der Mathematik.

ÄrztInnen nutzen Wissen und Erfahrungen, um eine bestmögliche Behandlung anzubieten und können von Apps nicht ersetzt werden. Digitale Gesundheitsanwendungen können aber die Behandlung und den Genesungsverlauf der PatientInnen verbessern, denn sie kommen dahin, wo kaum ein Arzt hinkommt: zu den Menschen nach Hause.

Welche Aspekte müssen aus Sicht der EntwicklerIn bis zur AnwenderIn beachtet werden?

Als Gründerin der Rehappy GmbH bin ich der Ansicht, dass schon in der Entwicklung ein kommunikativer und weiblicher Ansatz essenziell für den Erfolg der digitalen Gesundheitsanwendung ist. Die Ärzteschaft wird nach unseren Erfahrungen den digitalen Gesundheitsanwendungen gegenüber offen sein, sofern die Qualität stimmt und vor allem die damit verbundenen Prozesse keinen Mehraufwand verursachen.

Für PatientInnen müssen Anwendungen so gestaltet sein, dass sie auch wirklich genutzt werden können. Viele Menschen sind Gesundheits-Apps gegenüber ohnehin skeptisch, und besonders Frauen scheinen medizinischen Apps gegenüber eher zurückhaltend eingestellt zu sein.

Patientenzentrierung ist nach unserer Erfahrung der Schlüssel zum Erfolg.

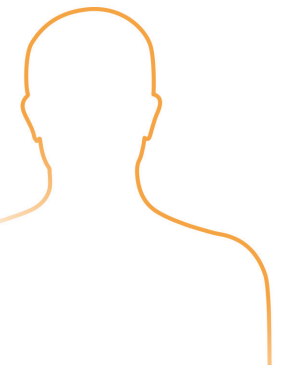
Zunächst kann z.B. bei vielen Krankheitsbildern differenziert werden, ob der Nutzer männlich oder weiblich ist. Die unterstützende Software „weiß“ nach der Installation erstmal nichts über die oder den NutzerIn. Viele Eindrücke, auch zwischenmenschlicher Art, die z.B. ein Arzt oder Therapeut bei der Behandlung gewinnt, entfallen. Diese Informationen muss die App daher beim Patienten, bei der Patientin oder anderen Leistungserbringern „abfragen“, um sich in überhaupt irgendeiner Form anpassen zu können.

Wie ist ihr aktuelles Befinden?

positiv negativ

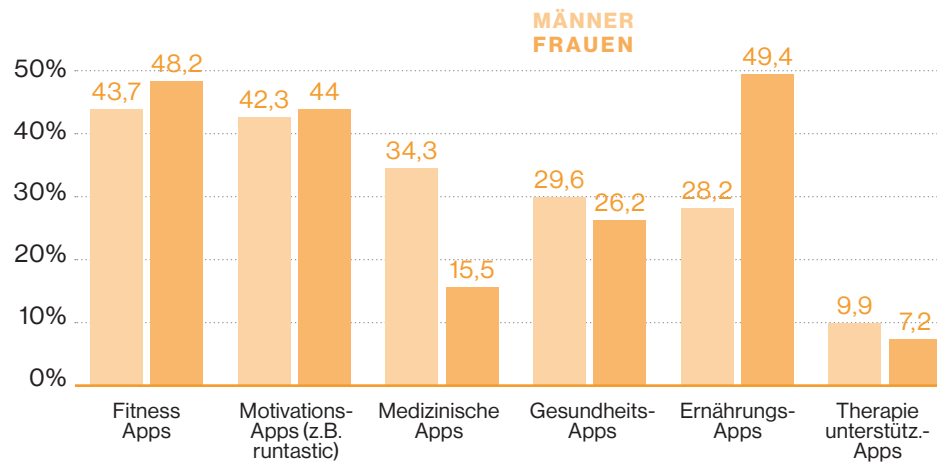
wach müde

entspannt gestresst



Welche der folgenden Gesundheits-Apps nutzt Du?

Deutschland, Juli 2015; 153 Befragte



Quelle: Tomorrow Focus Media © Statista 2018

Bei der von uns entwickelten Nachsorge-App für SchlaganfallpatientInnen haben wir auf ein interdisziplinäres Team gesetzt und auf die Kommunikation mit ÄrztInnen, Angehörigen, Pflegenden sowie mit den PatientInnen selbst.

Um eine bestmögliche Begleitung gewährleisten zu können, passt die App die enthaltenen Inhalte an die Bedürfnisse der einzelnen Patientin bzw. des einzelnen Patienten an. Neben Symptomen und verschiedenen körperlichen Einschränkungen werden auch psychische Aspekte berücksichtigt. Die App soll im Prinzip „verstehen“, wie der Patient, die Patientin „tickt“, um die Motivations- und Informationsvermittlung entsprechend anzupassen. Dafür laufen in der App verschiedene Algorithmen automatisiert ab, wodurch jeder Patient, jede Patientin die individuell relevanten Informationen bekommt. Auch die psychologisch konzipierten Motivations- und Feedbacknachrichten werden von der App an den jeweiligen Charakter angepasst.

Nach unseren Erfahrungen ist es zudem wichtig, dass die NutzerInnen verstehen, was und wer hinter der Anwendung steht und warum sie aufgefordert werden, etwas für sich zu tun. Nur so können sie Vertrauen in die betreffende digitale Gesundheitsanwendung aufbauen, und nur so kann das Potenzial von Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung entfaltet und genutzt werden.

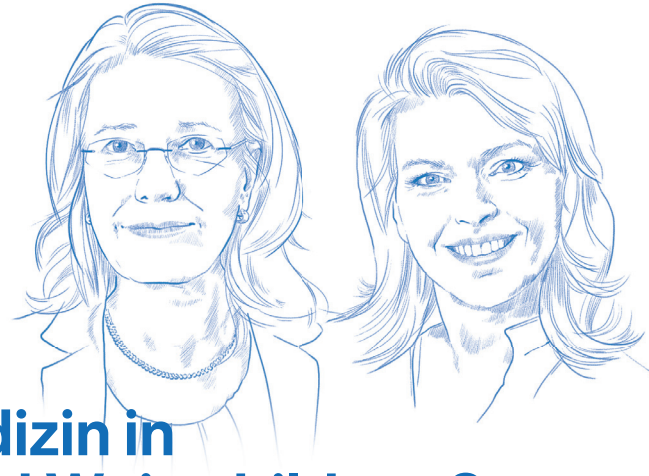
Patientenzentrierung der digitalen Gesundheitsanwendung ist essenziell.

Ein kommunikativer Entwicklungsansatz mit einem interdisziplinären Team ist ratsam.

Für Vertrauen in eine App sollten NutzerInnen verstehen, wer und was hinter Anwendung steht.



9 / Aus- und Weiterbildung – Gendermedizin



9.1 / Gendermedizin in Studium und Weiterbildung?

Dr. Martina Kloepfer, Institut für Gender-Gesundheit e.V.
Wissenschaftliche Beratung: **Dr. Ute Seeland**
DGesGM (Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V.)

Die Erkenntnisse der Gendermedizin sind noch nicht einheitlich und verbindlich in die Regelstudiengänge der medizinischen Fakultäten integriert. Wissen auf diesem Gebiet wird überwiegend in Modellstudiengängen vermittelt.

Eine Aus- und Weiterbildung zu Geschlechterwissen und -sensibilität in der Medizin und Pflege könnte entscheidend dazu beitragen, dass Studierende und Auszubildende das Wissen über komplexe Wechselwirkungen zwischen biologischem Geschlecht (Sex) und der gesellschaftlich-kulturellen Dimension von Geschlecht (Gender) bei Gesundheit und Krankheitsentstehung im medizinischen Alltag anwenden und damit in der Lage sind, die Gesundheitsversorgung von Frauen und Männern zu verbessern.

37 medizinische Fakultäten
10 Modellstudiengänge



Um innovative Studiengestaltungen erproben zu können, wurde im Februar 1999 eine Modellklausel (§ 41) in der bundeseinheitlich geltenden Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) verankert. Danach können durch die nach Landesrecht zuständige Stelle Modellstudiengänge eingerichtet werden. Diese Phasen des Umbruchs sind gut geeignet, um neue Themen wie die der Gendermedizin in das Curriculum der medizinischen Fakultät prüfungsrelevant und verpflichtend zu integrieren. An den 37 medizinischen Fakultäten in Deutschland gibt es aktuell zehn Modellstudiengänge (Aachen, Berlin, Brandenburg/Neuruppin, Düsseldorf, Hamburg, Hannover, Köln, Mannheim, Oldenburg, Witten/Herdecke).

An der Charité – Universitätsmedizin Berlin löste der 2010 eingeführte Modellstudiengang Medizin den traditionellen Regelstudiengang ab. Gendermedizinische Inhalte wurden systematisch longitudinal in das Pflichtcurriculum aufgenommen und sind damit prüfungsrelevant. Eine Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes von 2016 zeigte, dass die Inhalte der geschlechterspezifischen Medizin deutschlandweit nicht systematisch in die medizinischen Curricula integriert sind.⁽¹⁾ Zur Beurteilung des Standes der Integration liegt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein aktuelles Gutachten vor.

Weiterhin ist zu beobachten, dass einige wenige, gendermedizinische Sachverhalte Eingang in die Vorbereitungsunterlagen auf der digitalen Lernplattform AMBOSS® gefunden haben.⁽²⁾ Diese wird von über neunzig Prozent der Studierenden zur Examensvorbereitung genutzt. Vermutlich hat die eGender Plattform, die im Rahmen einer Projektförderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für die Wissensvermittlung zu biologischem (Sex) und soziokulturellem (Gender) geschlechtersensiblen Wissen durchgeführt wurde, indirekt zur Verbreitung der Inhalte beigetragen.⁽³⁾

Blick ins Ausland und Vergleich zu Deutschland

Im Nachbarland Österreich besteht die Möglichkeit, im Rahmen einer Weiterbildung bei der Österreichischen Ärztekammer ein Diplom in „Gender Medicine“ zu erwerben. Da in Deutschland erforderliche Ausbildungsstätten fehlen, ist hierzulande ein zusätzlicher, vergleichbarer Abschluss nicht möglich. Bereits approbierte Ärztinnen und Ärzte können derzeit ihr Wissen auf diesem Gebiet nur im Rahmen einzelner Veranstaltungen erweitern, die unter anderem von regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, Pharmafirmen oder auf Kongressen angeboten werden.

Mit ihrem Angebot, die Vereinsbezeichnung „Gendermediziner*in DGesGM®“ zu erwerben, versucht die Deutsche Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM), Ärztinnen und Ärzte, die sich im Bereich der Gendermedizin spezialisiert haben, für Patienten und Patientinnen erkennbar zu machen.

Allerdings ist die mit einer geschlechtersensiblen Versorgung verbundene Leistung derzeit nicht Teil der Regelversorgung, denn mit fehlender leistungsfähiger Ärztekammerbezeichnung ist auch die Möglichkeit zur Abrechnung dieser Tätigkeit über die Kassenärztliche Vereinigung nicht gegeben.

Seit dem Herbstsemester 2019 wurde an der Universität Zürich (Schweiz) eine Initiative gestartet, um Genderaspekte in Forschung und Lehre zu integrieren (<https://www.gender-medicine.ch/>).

In den USA ist es laut einer Richtlinie des nationalen Gesundheitsinstituts verpflichtend, den Umgang mit Geschlechterunterschieden für alle Grundlagen- und klinischen Forschungsprojekte offen zu legen. So können z.B. Ergebnisse von Untersuchungen, ausschließlich an männlichen Tieren vorgenommen, nicht auf Frauen übertragen werden. Auch in Kanada wird das Geschlecht in der Forschung systematisch berücksichtigt.

Mögliche Lösungen

Zurzeit sind im nationalen Lernzielkatalog (NKLM) 207 Lernziele zu Diversitäts-, Genderaspekten und Aspekten der Sozialmedizin enthalten. Dieser Prozess sollte kontinuierlich weitergeführt werden, da die Integration von Geschlechterwissen und –sensibilität unter Berücksichtigung der Diversitätsaspekte in die medizinische Ausbildung dadurch weiterhin strukturell unterstützt werden würde. Der empfehlende Charakter des NKLM für die Ausgestaltung von Curricula und Prüfungsfragen sollte aufgewertet werden und verpflichtend sein.

Auch die Möglichkeiten der digitalen Vernetzung und des digitalen Lernens, wie z.B. auf der eGender-Plattform umgesetzt, bleiben bislang in Deutschland noch weitgehend ungenutzt.

Hier fehlen zurzeit nachhaltige Finanzierungskonzepte, um dieses Angebot auf Dauer den Universitäten zur Verfügung zu stellen unter der Voraussetzung, höchstes wissenschaftliches Niveau und Aktualität zu bieten.



Um in Zukunft zu vermeiden, dass die Lehre zur Gendermedizin von einzelnen Persönlichkeiten abhängt und damit vom Zufall, wäre eine institutionalisierte Einbindung erforderlich. So könnte z.B. mit der Neugründung einer medizinischen Fakultät bzw. bei der Umwandlung eines Regel- in einen Modellstudiengang zugleich auch eine Professur für geschlechtersensible Medizin (Gendermedizin) verpflichtend sein. Auf diese Weise könnte eine Kontinuität in der Ausbildung gewährleistet werden, so dass die Erkenntnisse im Bereich der Gendermedizin nachhaltig zur Qualitätssteigerung der Versorgung von Frauen, Männern und dritten Geschlechtern beitragen.

Literaturverzeichnis:

- (1) LUDWIG S, DETTMER S, PETERS H, KACZMARCZYK G. (2016) *Geschlechtsspezifische Medizin in der Lehre – noch in den Kinderschuhen. Dtsch Arztebl* 113:A2364-2366.
- (2) SCHLUCHTER H, AHMAD T, NAUMAN AT, LUDWIG S, REGITZ-ZAGROSEK V, SEELAND U (2020). *Quantitative and qualitative analysis on sex and gender in preparatory material for medical state examinations in Germany and the USA. Journal of Medical Education and Curricular Development* Vol. 7: 1–11.
- (3) SEELAND U, NAUMAN AT, CORNELIS A, LUDWIG S, DUNKEL M, KARARIGAS G, REGITZ-ZAGROSEK V. (2016). *eGender-from e-Learning to e-Research: a web-based interactive knowledge-sharing platform for sex- and gender-specific medical education. Biol Sex Differ* 14;7:39.

Frau Dr. Seeland ist aktuell von der DGK (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie) benannt worden, um als Delegierte bei der Weiterentwicklung des kompetenzorientierten IMPP-Gegenstandskataloges in der Arbeitsgruppe „Gender & Diversity“ mitzuwirken. Nur prüfungsrelevante Themen werden gelehrt und gelernt, so dass die Integration der geschlechtersensiblen medizinischen Aspekte in die Prüfungsfragen für das Staatsexamen einen wesentlichen Schritt in Richtung Verbreitung des Wissens bedeutet.

Inhalte der Gendermedizin sind bislang nicht deutschlandweit und nicht systematisch in medizinische Curricula integriert.

2010 Einführung des Modellstudiengangs Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

- Gendermedizinische Inhalte sind Teil des Pflichtcurriculums und prüfungsrelevant.
- Zusätzliche gendermedizinische Inhalte könnten in den Nationalen Lernzielkatalog (NKLM) aufgenommen werden und der empfehlende Charakter des NKLM für die Ausgestaltung von Curricula und Prüfungsfragen verpflichtend werden.

Wie in Österreich könnte auch die Deutsche Bundesärztekammer eine Weiterbildung z.B. mit der abschließenden Fachbezeichnung GendermedizinerIn anbieten.

Aktuell bietet nur die Deutsche Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM), eine Weiterbildung mit dem Abschluss „Gendermediziner*in DGesGM®“ an.

9.2 / Sind Karrierewege für Frauen in der Medizin steiniger?

Vier Fragen an Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeiderer

Prof. Dr. Dr. Bettina Pfeiderer

Universität Münster, Klinik für Radiologie
Forschungsgruppe ‚Cognition and Gender‘



Starre Strukturen an Universitätskliniken und die schwere Vereinbarkeit von Karriere und Familie hindern viele Ärztinnen, eine medizinische Professur zu erlangen und damit auch Vorbild für den weiblichen ärztlichen Nachwuchs zu sein.

C4- bzw. W3-Professuren in der Medizin weisen ja gemessen an der Anzahl weiblicher Studierender noch immer einen sehr geringen Frauenanteil auf. Wo sehen Sie die größten Hürden auf dem akademischen Karriereweg für Frauen?

Der akademische Qualifizierungsweg läuft idealerweise so ab: sehr gute Promotion, Habilitation mit eigenem Forschungsprofil und eigener Arbeitsgruppe, dazu, ganz optimal, herausragende wissenschaftliche Leistungen mit vielen hochrangigen Publikationen, eigenen Forschungsgeldern und Betreuung von Doktorarbeiten und Lehre. Gleichzeitig sollte man dabei in einer Universitätsklinik klinisch tätig sein (Assistenzärztin, Fachärztin, Oberärztin, idealerweise leitende Oberärztin). Man sieht schon daran, dass diese Anforderungen sehr hoch sind und besonders Ärztinnen davon abhält bzw. sogar davon abschreckt, diesen sehr mühsamen Weg zu gehen; insbesondere dann, wenn sie auch noch gleichzeitig Familie und Kinder haben möchten. Nicht jede möchte – auch wenn sie es könnte – stets zwischen allen Welten jonglieren, zumal es immer noch zu wenige weibliche Rollenmodelle gibt, die zeigen, dass es doch geht.

Eine weitere Hürde sehe ich darin, dass die Strukturen an Universitätskliniken noch zu starr sind.

Die wenigen Beispiele, wo es gewagt wurde, Strukturen aufzubrechen, zeigen, dass es möglich ist. An der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg beispielsweise teilen sich zwei Ärztinnen eine Professur für Allgemeinmedizin – seit einigen Jahren!

Viele Hürden existieren immer noch in den Köpfen und in den Denkmustern von Klinikleitungen und Vorgesetzten, aber auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – und gar nicht unbedingt in konkreten, messbaren Parametern.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) bekennt sich bereits 2002 unter §1 ihrer Satzung zur „Gleichstellung von Männern und Frauen in der Wissenschaft“; allerdings fällt bei der Durchsicht unterschiedlicher Projekte auf, dass auch nach 18 Jahren auffallend wenige Akademikerinnen mit der Projektleitung betraut sind und sehr wenige Projekte in der medizinischen und biologischen Forschung geschlechterspezifische Fragen zum Inhalt haben. Lässt sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Besetzung der Professuren herstellen?

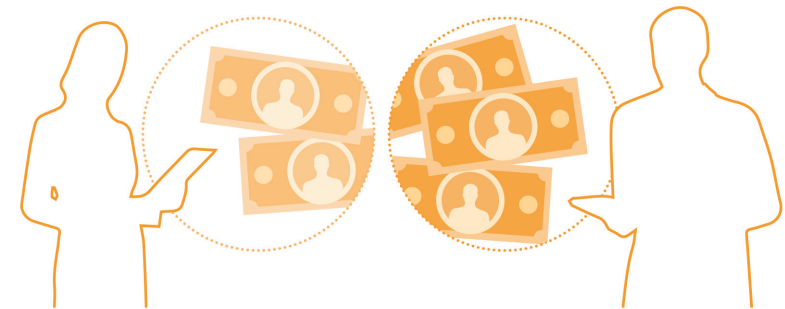
Ja, natürlich lässt sich da ein Zusammenhang herstellen, denn um erfolgreich DFG Mittel einwerben zu können, müssen überzeugende Vorleistungen vorhanden sein. Jedoch denke ich nicht, dass die Wahl der Themen der Projekte die große Rolle spielt.

Weiter gefragt: Gibt es Erkenntnisse, wie sich eine weiblich oder männlich besetzte Professorenstelle auf die Vergabe von Forschungsgeldern auswirkt? Sind Unterschiede zu beobachten?

Meiner Kenntnis nach gibt es keine Forschungsergebnisse dazu. Was man dagegen weiß, ist, dass Männern im Vergleich zu Frauen im Schnitt weniger von den beantragten Forschungsmitteln für Projekte gekürzt werden, wenn beide die gleiche Summe für ihre Forschungsprojekte beantragt haben.

An welcher Stellschraube würden Sie als erstes drehen, um hier eine Veränderung herbeizuführen?

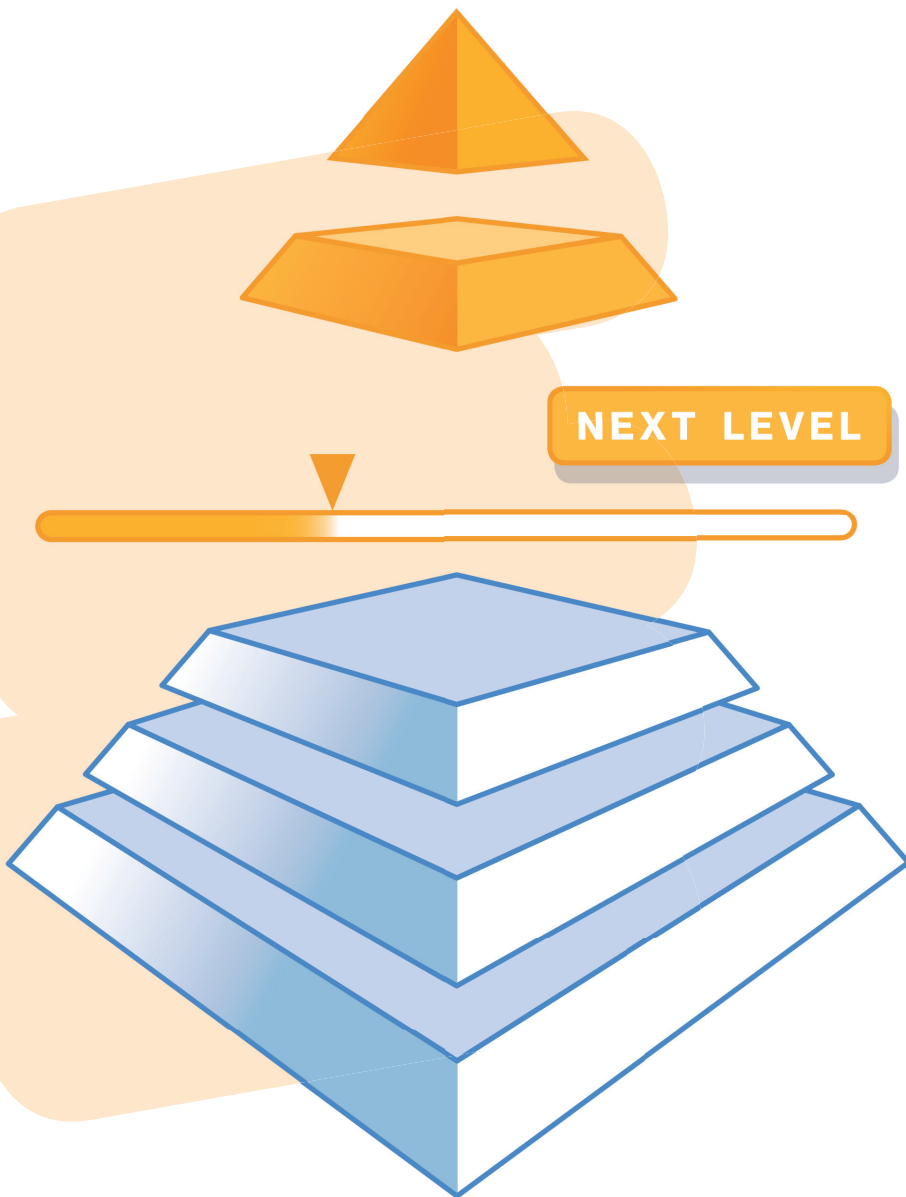
Ich würde – wie bereits ausgeführt – die vorhandenen Strukturen an Universitätskliniken aufbrechen, maßgeschneiderte Karrierewege für die jeweiligen individuellen Bedürfnisse von Ärztinnen, z.B. für jene mit Kindern, entwickeln, Professorinnen als gute Rollenmodelle bekannter machen (denn diese Frauen gibt es!) und noch mehr an Forschungsförderprogrammen speziell für Ärztinnen auflegen.



Für Medizinerinnen mit Kinder-/Familienwunsch ist eine akademische Karriere oft nur schwer oder gar nicht realisierbar.

Wenn Männer und Frauen die gleiche Summe an Forschungsmitteln für ihre Projekte beantragen, werden die beantragten Mittel bei Männern im Schnitt weniger stark gekürzt.

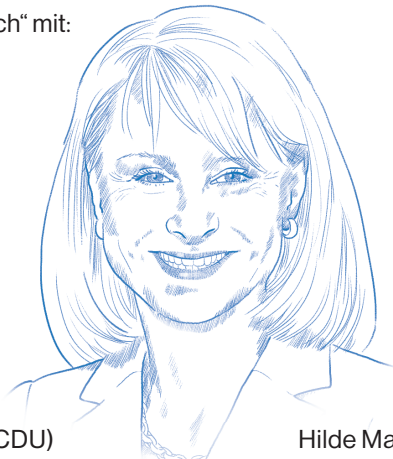
Strukturen an Universitätskliniken bedürfen einer dringenden Anpassung, z.B. durch Teilung von Professuren.



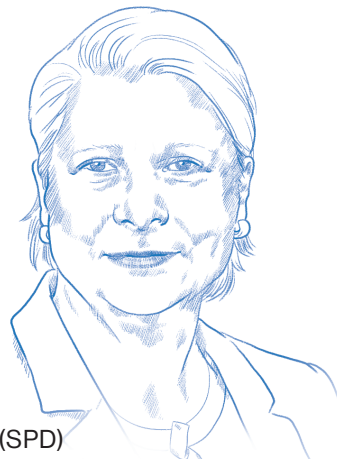
Größter
Handlungsbedarf?

Ist Gendermedizin im Versorgungsalltag aus politischer Sicht angekommen?

Ein „Gespräch“ mit:



Karin Maag (CDU)
Gesundheitspolitische Sprecherin
der CDU/CSU Bundestagsfraktion



Hilde Mattheis (SPD)
Sprecherin der Arbeitsgruppe
Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion



Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)
Gesundheitspolitische Sprecherin
der FDP-Bundestagsfraktion



Cornelia Möhring (DIE LINKE)
Frauenpolitische Sprecherin und stellvertretende Vorsitzende der Linksfraktion

Im Koalitionsvertrag der 18. Legislatur und im aktuellen Koalitionsvertrag von Baden-Württemberg ist der Wille bekundet, Erkenntnisse der Geschlechterforschung und einer geschlechtsspezifischen Medizin in die Gesundheitsversorgung zu integrieren. Mit dem Präventionsgesetz ist das SGB V um den § 2b ergänzt worden, dass Krankenkassenleistungen „geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung“ zu tragen haben.

Sind die Erkenntnisse einer geschlechtsspezifischen Medizin Ihrer Meinung nach ausreichend im Versorgungsalltag, bei Patientinnen und Patienten angekommen?

Karin Maag (CDU): Ich sehe, dass es in der ärztlichen Versorgung bereits durchaus Differenzierungen gibt. Ich glaube aber noch nicht, dass dieses Bewusstsein bei den Patientinnen und Patienten angekommen ist, dass sie z.B. auch selbst nachfragen. Da kann man noch sehr viel mehr tun, davon bin ich zutiefst überzeugt.

Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meines Erachtens finden die Erkenntnisse geschlechtsspezifischer Medizin leider zu wenig Beachtung im Versorgungsalltag. Ursache hierfür ist vor allem, dass der Bereich der Gendermedizin in Forschung und Lehre nicht ausreichend thematisiert wird. Das muss sich für die Verbesserung der Patientenversorgung in Deutschland ändern.

Cornelia Möhring (DIE LINKE): Ein Verdienst der Frauengesundheitsbewegung ist ein ganzheitlicher Blick auf Gesundheit und Krankheit. Wenn wir enger auf die medizinische Versorgung schauen, haben wir noch einen weiten Weg vor uns. Die Geschichte der Medizin, ihre Forschung, ihre Therapien und Diagnoseverfahren sind an einer angeblich männlichen Norm orientiert. Das muss erst einmal aufgebrochen werden. Ein gutes Beispiel ist hier der Umgang mit Endometriose. Wie viele Frauen wurden nicht ernst genommen und mit Tipps zur Linderung ihrer Menstruationsbeschwerden nach Hause geschickt. Hier findet ganz zaghaft ein Bewusstseinswandel statt. Auch Diagnosen und entsprechende Behandlungen orientieren sich am Mann. Dadurch werden Frauen gefährdet, weil z.B. der Herzinfarkt nicht erkannt wird oder Medikamente anders wirken.

Insgesamt bedarf es großer Anstrengungen, die ich aktuell eher wenig sehe. Der Frauengesundheitsbericht ist hierfür exemplarisch. Der erste ist jetzt über zwanzig Jahre alt. Der zweite sollte seit über einem Jahr fertig sein, angeblich komme er in diesen Wochen bzw. Monaten des ausgehenden Jahres (2020). Da steckt kein politischer Druck dahinter, dass es diese Art von Bestandsaufnahme braucht, um geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe und bestehende Defizite überhaupt systematisch analysieren und bearbeiten zu können.

Hilde Mattheis (SPD): Ich denke, wir befinden uns sowohl politisch als auch bei den AkteurInnen des Gesundheitswesens auf einem richtigen Weg, Geschlechter bei der medizinischen Versorgung stärker – in ihren zum Teil unterschiedlichen Bedürfnissen – zu berücksichtigen. Wir sind aber noch nicht am Ziel, Beispiel Arzneimittel: Wir wissen aus zahlreichen Studien, dass Medikamente unterschiedlich bei Frauen und Männern wirken können, Frauen entwickeln zum Teil andere Nebenwirkungen u.ä., und dennoch finden sich laut Berichten immer noch wenig Probandinnen in Arzneimittelstudien bzw. das Geschlecht wird nicht klar ausgewiesen. Wir haben also noch Arbeit vor uns – sowohl im Berufsalltag als auch in der Forschung oder als Gesetzgeber.

Welche weiteren politischen Weichenstellungen wären Ihrer Meinung nach ggf. denkbar, um eine geschlechtersensible Behandlung verstärkt in Leitlinien und auch im Versorgungsalltag zu verankern?

Cornelia Möhring (DIE LINKE): Es braucht klare Vorgaben, dass Leitlinien immer auch auf ihre geschlechtsspezifischen Auswirkungen überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden müssen. Dasselbe gilt für Diagnose- und Therapieverfahren. Diese müssen daraufhin untersucht werden, wo es zu Verzerrungen kommt, weil ein männlicher Körper und eine männliche Biographie als Norm gesetzt wurden. Es muss verbindlich vorgeschrieben werden, dass medizinische Studien Frauen angemessen einbeziehen müssen.

Karin Maag (CDU): Ich glaube nicht, dass wir hier gesetzgeberisch tätig werden können. Dort, wo sich die Fachrichtungen mit dem Thema Gendermedizin beschäftigen, dort wird auch der Genderaspekt in den Leitlinien berücksichtigt, z.B. in der Krebsbehandlung. Medizinische Bereiche, in denen Leitlinien bestenfalls alle zehn Jahre überarbeitet werden... da tue ich mich schwer zu erkennen, dass die Genderforschung in irgendeiner Weise angekommen ist. Hier sehe ich eine Aufgabe bei den Kammern, in Fort- und Weiterbildung, für diesen Aspekt zusätzlich zu sensibilisieren.

Hilde Mattheis (SPD): Ich wünsche mir mehr Beratung und Fortbildung für die heute praktizierenden ÄrztInnen und Pflegekräfte und die deutliche Ansprache des Themas während der Ausbildung und im Studium. Genderspezifische Medizin ist ja ein Querschnittsthema, das heißt, die Beschäftigten im Gesundheitswesen sollten in jedem Bereich im Hinterkopf haben, ob hier möglicherweise geschlechterspezifische Fragen berührt sind, auf die sie zusätzlich zu anderen Fragestellungen achten müssen.

Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Gendermedizin sollte Teil des Studiums und der Ausbildung aller Gesundheitsberufe (inklusive Pflege) werden. Nur so kann eine geschlechtersensible Behandlung auch in Leitlinien und im Versorgungsalltag verankert werden. Zudem sollten Geschlechterunterschiede bei der Forschung vermehrt einbezogen werden.

Über 80 Prozent der im Gesundheitswesen Beschäftigten sind weiblich. In den Führungspositionen kehrt sich das Verhältnis um, lediglich 10 bis 20 Prozent der leitenden Positionen sind von Frauen besetzt.

Wie ließe sich Ihrer Meinung nach eine paritätische Besetzung von Führungspositionen im Gesundheitswesen, z.B. der Selbstverwaltung erreichen?

Karin Maag (CDU): Viele Kammern oder Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Der Gesetzgeber kann hier vorgeben, dass Frauen in Führungspositionen abgebildet werden und in welcher Anzahl. Das würde z.B. für KVen, KZVen oder gesetzliche Krankenkassen gelten. Beim GKV-Spitzenverband haben wir das ja schon mal geregelt, und der GKV-Spitzenverband lebt noch. Deswegen bin ich guten Mutes, dass das auch bei Selbstverwaltungskörperschaften funktionieren könnte. In der Vergangenheit haben wir schon mal eine gesetzliche Regelung für die Verwaltungsräte vorgenommen; denn die sollen ja eigentlich ein Gremium für die Versicherten sein, d.h. für Männer und für Frauen.

Also, ein Zweiergremium könnte mit einer Frau besetzt sein, auch in einem Dreiergremium könnte mindestens eine Frau dabei sein. Eine solche Entwicklung kann der Gesetzgeber sehr gut befördern, und wir sind durchaus willens, das auch zu tun.

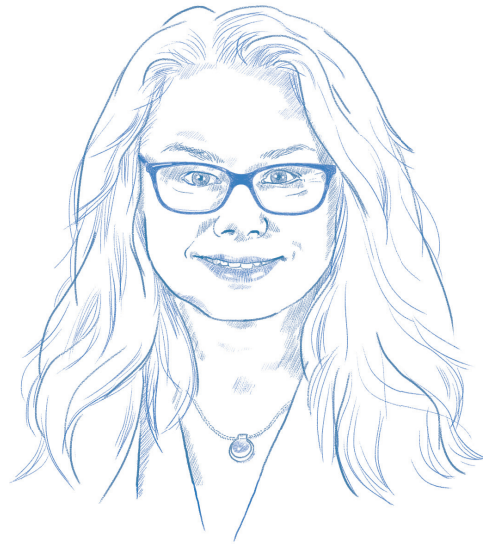
Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Frauen im Gesundheitsbereich – und nicht nur dort – sollten selbstbewusst nach leitenden Positionen streben. Für die Gesellschaft muss es selbstverständlich sein, dass Frauen gerade im Gesundheitsbereich ausreichend Führungspositionen erlangen. Im Moment nehme ich ein Umdenken in diesem Bereich wahr. Dieses Umdenken muss weiter nach vorne gebracht und gefördert werden. Jede Frau in einer Führungsposition ist angehalten, dafür zu werben. Gesetzliche Vorgaben lehne ich ab.

Hilde Mattheis (SPD): Die Unterrepräsentanz von Frauen in Führungspositionen ist für mich beschämend. Ich glaube auch nicht mehr an Selbstverpflichtungen. Wir haben das jahrelang in der Wirtschaft beobachtet, es tut sich wenig bis gar nichts. Die Bundesfrauenministerin hat meiner Meinung nach Recht, wir brauchen verpflichtende Quoten. Und das leidige Argument, eine Frau nehme dann doch einem ach so qualifizierten Mann den Platz weg, ist wirklich absurd: 80 Prozent weibliche Beschäftigte im Gesundheitswesen bedeuten tausende hoch qualifizierte Frauen, die hart arbeiten. Die will ich auch in Führungspositionen sehen – und zwar zur Hälfte. Das sollte unser gesamtgesellschaftlicher Anspruch im 21. Jahrhundert sein.

Cornelia Möhring (DIE LINKE): Wie auch in der Privatwirtschaft oder in der Politik: Mit einer verbindlichen Quote für Führungspositionen und Gremien. Anders wird es nicht gehen, wir sehen ja, wohin Freiwilligkeit führt: zu 10 bis 20 Prozent. Natürlich reicht das alleine nicht. Die Arbeitsbedingungen müssen sich viel stärker den sonstigen Verpflichtungen anpassen. Es sind noch immer überwiegend Frauen, die den Löwenanteil der Sorgearbeit tragen. Personalpolitisch heißt das: Mehr Personal auf allen Ebenen, damit kürzere Arbeitszeiten möglich sind und keine Überstunden gemacht werden müssen.

Schlusswort / Größter Handlungsbedarf Genderaspekte in der Gesundheits- versorgung

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Bündnis 90/Die Grünen
Obfrau Ausschuss für Gesundheit



Gendermedizin bedeutet zunächst zu fragen, wie rechtliche und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen angepasst werden müssen, damit geschlechtsspezifische Ansätze in der Gesundheitsversorgung und -forschung zum Tragen kommen.

Wie wir krank werden und wie es um unsere medizinische Versorgung steht, hängt auch davon ab, welches Geschlecht wir haben.

Körperliche Unterschiede und genderbezogene Zuschreibungen wirken sich in der Medizin, für viele überraschend, in vielfältiger Weise aus. Sowohl die Ausprägungen und Symptome, als auch die indizierte Behandlung unterscheiden sich bei vielen Krankheiten. Ein aktuelles Beispiel ist Covid-19. Mehr Frauen infizieren sich, aber mehr infizierte Männer als Frauen bedürfen einer intensivmedizinischen Behandlung und sterben an der Infektion. Geschlechtsspezifische Daten werden nicht erhoben oder – wo erhoben – nicht ausgewertet. Mit welchen Folgen?

Immer noch gelten der männliche Körper und „der Mann“ in der Gesundheitsforschung, -lehre und -versorgung als „die Norm“, mit gravierenden Auswirkungen für die Gesundheit von allen, die von dieser körperlichen und sozialen Norm abweichen.

Auch Männer sind Opfer dieser Stereotypisierung: Brustkrebs bei Männern wird z.B. oft erst spät entdeckt.

Dieses Unrecht zu beenden, stellt uns alle im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik vor Herausforderungen. Gendermedizin bedeutet zunächst Fragen stellen:

Wie müssen rechtliche und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen angepasst werden, damit geschlechtsspezifische Ansätze in der Gesundheitsversorgung und -forschung zum Tragen kommen?

Wie denken wir bei einer umfassenden Gesundheitspolitik („health in all policies“) die vielfältigen genderbezogenen soziokulturellen Einflüsse auf Gesundheitsverhalten (Gendergesundheit) mit?

Um eine Gesundheitsversorgung mit echter Geschlechtergerechtigkeit zu erreichen, müssen wir Unterschiede benennen, ohne uns allerdings von Stereotypen leiten zu lassen. Immer muss dabei beachtet werden, keinesfalls tradierte Stereotypen oder binäre Geschlechtszuordnungen fortzuschreiben.

Erkenntnisse der Genderforschung zu körperlichen und sozialen Geschlechterunterschieden müssen stärker als bisher in Forschung, Lehre und Versorgung verankert werden.

ForscherInnen und PraktikerInnen müssen systematisch angehalten werden, damit nicht einfach vom Mann auf die Frau geschlossen wird. Dafür brauchen wir klare Vorgaben.

Die Erkenntnis, dass ein Medikament bei Frauen anders wirkt und die daran angepasste Verschreibungspraxis können wir nicht dem Zufall überlassen.

Die eklatante Unterrepräsentanz von Frauen in Leitungsfunktionen im Gesundheitssystem ist ebenso ungerecht wie unklug. Denn so findet die Perspektive von Frauen strukturell ungenügend Berücksichtigung.

Ohne gesetzliche Vorgaben und eine staatliche Rechenschaftspflicht verbessert sich der Frauenanteil in Vorständen und Führungspositionen der Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sowie bei vielen weiteren entscheidenden Akteuren aber zu langsam.



Fazit

Augen auf! Wir alle müssen uns (den) Geschlechterfragen stellen. Wenn uns der Umgang mit dieser Querschnittsaufgabe zur Gewohnheit wird – in der Gesetzgebung, Leitlinienentwicklung, überall – dann kommt unterm Strich für alle mehr Gesundheit raus.



2021

Wird Gendermedizin als Querschnittsfach Teil anderer
Fachrichtungen werden?

